



EL COLEGIO DE MICHOACAN, A.C.

DOCTORADO TUTORIAL EN CIENCIAS SOCIALES

**ACTORES SOCIALES, PROYECTOS Y LA CONSTRUCCIÓN
SOCIO-POLÍTICA DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD
EN MÉXICO (1982-2000)**

Tesis

Que para optar al grado de Doctor en Ciencias Sociales

Presenta

Raquel Abrantes Pêgo

Director de la Tesis:

Dr. Eduardo L. Menéndez

Zamora, Michoacán, Agosto 2007.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....VII

INTRODUCCIÓN.....1

CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN, LOS CONCEPTOS E INDICACIONES PARA EL TRABAJO DE CAMPO.

Introducción	9
Planteamiento del problema	9
Especificando el tema de investigación: actores y proyectos	17
Objetivos de la investigación	27
Los interrogantes empíricos y teóricos.....	28
Hipótesis	30
Conceptos	32
Marco teórico	43
Indicaciones metodológicas para el trabajo de campo y análisis del material	57

CAPÍTULO 2: LA NATURALEZA DESIGUAL DE LA POLÍTICA DE SALUD DEL ESTADO MEXICANO EN UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA: LA CONFORMACIÓN DEL PROBLEMA DE ACCESO Y DE COBERTURA A LOS SERVICIOS DE SALUD.

Introducción	74
Las políticas de salud pública como parte de las políticas sociales del Estado mexicano, de 1910 a 1980	77
Las brechas en la política de salud: el contexto socio-económico y sanitario anterior a la reforma	112

CAPÍTULO 3: CONSTRUYENDO LA AGENDA SECTORIAL: ACTORES Y PROBLEMAS (1970-1995)

Introducción	120
Una revisión del debate sectorial en torno a las desigualdades en el acceso y de cobertura a los servicios de salud: 1970-1983	120
La construcción de la agenda de reforma y sus vínculos con una visión de sociedad	136

CAPÍTULO 4: LAS IDAS Y VENIDAS DE LA “REFORMA ESTRUCTURAL” Y DE LA POLÍTICA DE ACCESO Y DE EXTENSIÓN A COBERTURA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD (1982-1994).

Introducción	160
El inicio de la reforma (1982-1988): etapa de racionalización de los recursos y de cambio en la interpretación del concepto y en la práctica de la salud pública	162
El legado del periodo de Soberón para la política de extensión de cobertura: desmantelamiento de programas, verticalidad de poder y atención al menor costo	178
La brecha en los indicadores de salud: la persistencia de la desigualdad en el acceso y en la cobertura de los servicios de salud	184
La segunda etapa de la reforma: congelamiento de la descentralización y focalización en los grupos en extrema pobreza	187
El legado del Dr. Kumate para el acceso y cobertura de los servicios de salud	205
La brecha en los indicadores de salud: avances, retrocesos y desafíos frente a la desigualdad en el acceso y en la cobertura de los servicios de salud	210

CAPÍTULO 5: EL GRUPO DEL DR. SOBERÓN Y LA REDEFINICIÓN DEL SALUBRISMO EN FUNCIÓN DE LOS INTERESES DEL SECTOR PRIVADO, DE 1985 A 1994.

Introducción	213
La oportunidad histórica para el fortalecimiento del grupo de poder del Dr. Soberón ...	214

La creación del INSP, una nueva etapa en el proceso de institucionalización del proyecto científico de la nueva salud pública	222
Haciendo el puente entre los tomadores de decisión y el sector privado: el proyecto Funsalud	227

CAPÍTULO 6: LOS SALUBRISTAS Y LA DEFENSA DE LA SALUD PÚBLICA: PERDEDORES O ACTORES EN CONFLICTO POR EL CONTROL DEL PODER SECTORIAL, DE 1985 A 1994.

Introducción	247
El posicionamiento de algunos grupos en contra del proyecto de “Cambio Estructural”: un enfrentamiento silencioso entre grupos de poder	247
El encuadramiento del salubrismo social priísta en espera de tiempos mejores para la salud pública	271
El salubrismo en la reorganización partidaria: el PRD como una nueva opción de poder para la defensa del proyecto social del Estado	277

CAPÍTULO 7: INTERPRETACIONES Y PROPUESTAS DE FUTURO PARA EL SECTOR SALUD EN EL CONTEXTO DE LIBERALIZACIÓN: LA CUESTIÓN DEL ACCESO Y DE LA COBERTURA UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD.

Introducción	288
Características y dinámica de los problemas del sector: la perspectiva de los actores ...	289
La solución a los problemas planteados de acuerdo con la perspectiva de los salubristas y de los neosalubristas	312
Convergencias y divergencias	335

CAPÍTULO 8: LA PROPUESTA DE REFORMA DEL GOBIERNO DE ZEDILLO Y LA REFORMA DEL IMSS: VISIONES, PROYECTOS, APOYOS, CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS, Y ESTRATEGIAS POLÍTICAS.

Introducción	337
Nueva etapa en el proceso de reforma del sector salud: el pluralismo estructural en la agenda de la política del gobierno	338

Interpretación y acción de los actores para hacer valer sus proyectos: la Reforma de pocos consensos	352
--	-----

CAPÍTULO 9: DESCENTRALIZACIÓN Y FOCALIZACIÓN: APOYOS, CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS, Y ESTRATEGIAS POLÍTICAS.

Introducción	387
Descentralización y focalización: instrumentos de mejoría de cobertura y garantía de acceso a un paquete básico	387
El legado de la descentralización para el sector salud: la percepción de los actores	392
El legado de la reforma Zedillista para el sistema público de salud y para los grupos menos favorecidos por el desarrollo	408

CAPÍTULO 10: EL MERCADO DE SALUD EN SOCIEDADES EMPOBRECIDAS: REFLEXIONES FINALES Y PRINCIPALES HALLAZGOS.

Introducción	416
Proyectos técnico-asistenciales: ámbito de construcción y redefinición de los actores ...	428
Resistencia de la estructura de poder sectorial	429
Actores y agenda en redefinición	432
La segmentación del acceso y de la cobertura: persistencia de la agenda sectorial ...	434
Los grupos de poder sectorial: persistencia del debate ideológico	435
La incapacidad de las fuerzas políticas para liderar un nuevo pacto	437
La economía política de la acción colectiva	440
La agenda pendiente	445

ANEXO 1: Lista de los eventos, seminarios y presentaciones de libros a los que asistí entre 1995 y 1997.....	448
--	-----

ANEXO 2: Lista de personas entrevistadas: Informantes Claves.....	452
---	-----

ANEXO 3: Guión de Entrevista a Informantes Clave.....	454
---	-----

BIBLIOGRAFÍA.....	456
--------------------------	------------

SIGLAS	IX
---------------------	-----------

CUADROS

CUADRO 1: Elementos básicos de caracterización de los actores.....	27
CUADRO 2: Resumen: la posición de los neosalubristas frente al sistema público.....	296
CUADRO 3: Resumen: la posición de los salubristas frente a la crisis del sistema público	309

TABLAS

TABLA 1: Evolución del gasto gubernamental como porcentaje del PNB (1981-1988)...	161
TABLA 2: Exclusión en Salud en México: Mortalidad y barreras geográficas	186
TABLA 3: La industria de Seguros en México (1990-1999)	205
TABLA 4: Seguros de Gastos Médicos Mayores (1984-1998)	206
TABLA 5: Gastos Fiscal per cápita según cobertura(pesos del 2000)	411

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas e instituciones que contribuyeron para que este trabajo llegara a su conclusión. Mis sinceros reconocimientos y agradecimientos a todos y todas, y en particular, a los entrevistados, por su generosidad y disposición para compartir sus ideas, visiones y percepciones en torno a los problemas del sector salud en México.

Mis agradecimientos, también, para El Colegio de Michoacán y los coordinadores del Doctorado, así como para el personal administrativo, pues fueron todos muy atentos y cordiales y estuvieron siempre dispuestos a atenderme y apoyarme. Quiero agradecer personalmente a la Dra. Gail Mummert, al Dr. Andrew Roth Seneff, a la Dra. Chantal Cramaussel y al actual coordinador, Dr. Hans Roskamp. Antonieta Delgado Tijerina me fue de gran apoyo, cosa que no podré olvidar.

Asimismo, agradezco al Centro de Investigación y Docencia Económicas, al Instituto de Investigaciones Sociales José María Luis Mora, al Instituto Nacional de Salud Pública y al Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, que me brindaron, en diferentes momentos, el ambiente académico necesario para desarrollar la investigación en que se basó esta tesis. Agradezco en especial los apoyos del Dr. Hira de Gortari Rabiela, del Dr. Mario Bronfman y del Dr. Luis José Martínez Villalba.

Estoy en deuda, además, con la Organización Panamericana de la Salud por apoyarme con una beca que me permitió trabajar en mejores condiciones.

Varios de mis colegas y maestros no sólo contribuyeron y me apoyaron con sus ideas, sugerencias y críticas, sino que también me estimularon a continuar cuando me encontré desanimada.

Agradezco, de forma especial y con mucho afecto y estima, al Dr. Eduardo L. Menéndez, mi director de tesis, quien me acompañó con atención y rigor a lo largo de la elaboración de este trabajo, y a la Dra. Gail Mummert, lectora constante, estimulante y solidaria que estuvo desde un inicio en el comité de lectura. Igualmente, agradezco las aportaciones de la Dra. Oliva López, con sus comentarios puntuales y atinados, del Dr. Armando Haro, lector atento y crítico, de la Dra. Carolina Tetelboin, de la Dra. Viviane Brachet-Márquez, del Dr. Gustavo Leal Fernández, del Dr. Miguel J. Hernández quienes

fungieron como lectores en diferentes etapas de la tesis. Sus observaciones fueron fundamentales para llevar a buen término este trabajo.

Expreso también mi agradecimiento a Alonso Restrepo, quien llevó a cabo la revisión de estilo, y a Guadalupe Rodríguez por la ingente tarea de mejorar el texto. Claudia Benitez finalizó la revisión.

Espero, con esta tesis, cumplir mi deuda con la Dra. Brigitte Boehm de Lameiras, quien me recibió en Zamora con una cordialidad excepcional, así como con el Dr. José Lameiras, por su cariño.

Por último, quiero expresar mi reconocimiento a Juliano y Guillermo, quienes estuvieron, todo este tiempo, muy cerca de mí, compartiendo miedos, decepciones, avances y victorias. Ellos fueron para mí una fuente de estímulo que me ayudó a seguir adelante a pesar de lo prolongado y penoso que fue el recorrido.

Como es natural, me declaro única responsable de las imperfecciones e insuficiencias que pudiera tener este trabajo.

SIGLAS

AID: Agencia para el Desarrollo Internacional del Gobierno de los EE.UU.A.

AIPSS: Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud.

AFORES: Administradoras de Fondos para el Retiro.

AMIS: Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros.

BID: Banco Interamericano de Desarrollo.

CCE: Consejo Coordinador Empresarial.

CEDESS: Centro de Desarrollo Estratégico de la Seguridad Social.

CEPAL: Comisión Económica para América Latina.

CFE: Comisión Federal de Electricidad.

CGT: Confederación General de Trabajadores.

CISP: Centro de Investigación en Salud Pública.

CISS: Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

CNC: Confederación Nacional Campesina.

CONACyT: Comisión Nacional de Ciencias y Tecnología.

CONAPO: Consejo Nacional de Población.

CONASUPO: Compañía Nacional de Subsistencias Populares.

COPARMEX: Confederación Patronal de la República Mexicana.

COPLAMAR: Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados.

CROC: Confederación Regional de Obreros y Campesinos.

CROM: Confederación Regional Obrera Mexicana.

CTM: Confederación de Trabajadores de México.

DIF: Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia.

EPS: Entidades Prestadoras de Salud.

FMI: Fondo Monetario Internacional.

FNM: Ferrocarriles Nacionales de México.

FUNSALUD: Fundación Mexicana para la Salud.

GIPS: Grupos Interinstitucionales de Programación Sectorial.

HMO: Health Maintenance Organizations.

ICHSRI: Internacional Clearinghouse for Health Sector Reform Initiative.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

IMSS-COPLAMAR: Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados.

INEGI: Instituto Nacionales de Estadística e Informática

INFONAVIT: Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores.

INSP: Instituto Nacional de Salud Pública.

ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional.

ISES: Instituciones de Seguros Especializados en Salud.

ISS: Investigación en Servicios de Salud.

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

ITAM: Instituto Tecnológico Autónomo de México.

LFT: Ley Federal del Trabajo.

NADIR: Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma.

OCDE: Organización Europea de Cooperación y Desarrollo.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPD: Organismos Públicos Descentralizados.

OPS: Organización Panamericana de Salud.

PAC: Programa de Ampliación de Cobertura.

PAN: Partido de Acción Nacional.

PASSPA: Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta.

PCR: Programa Comunitario Rural.

PEC: Programa de Extensión de Cobertura.

PEMEX: Petróleos Mexicanos.

PIB: Producto Interno Bruto.

PNR: Partido Nacional Revolucionario

PRD: Partido de la Revolución Democrática.

PRI: Partido Revolucionario Institucional.
PRM: Partido de la Revolución Mexicana.
PROGRESA: Programa de Educación, Salud y Alimentación.
PSR: Programa de Salud Rural.
SAR: Sistema de Ahorro para el Retiro.
SECODAM: Secretaría de la Controlaría Estatal.
SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional.
SEMAR: Secretaría de Marina.
SEMESON: Servicios Médicos de Sonora.
SESA: Servicios Estatales de Salud.
SNS: Sistema Nacional de Salud.
SNTSS: Sindicato Nacional de los Trabajadores del Seguro Social.
SPP: Secretaría de Programación y Presupuesto.
SSA: Secretaría de Salubridad y Asistencia.
SUS: Sistema Único de Saúde.
TLCN: Tratado de Libre Comercio de América del Norte.
UAM-Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana, plantel Xochimilco.
UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México.
UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

INTRODUCCIÓN

Al iniciar este trabajo de tesis en 1996, me encontraba preocupada por tratar de entender la especificidad de la conformación y desarrollo del Sistema de Protección Social en México, considerando que aquí se había dado una revolución a inicios del siglo XX, la cual llevó a una reforma agraria y a la conformación de un Estado con un fuerte discurso ideológico de justicia social, sustentado por un sistema político con fuertes vínculos con los sindicatos corporativos y con sectores populares, organizados también de forma corporativa, lo que garantizaba una mayor influencia de dichos sectores, a diferencia del caso de Brasil. Pude percibir que entre Brasil y México se daban algunas dinámicas comunes en relación con un modelo de desarrollo con fuerte presencia del Estado, un sistema de intermediación político-social propio de una sociedad con baja capacidad de organización autónoma, la continuidad de determinadas cuestiones sociales vinculadas a la mala distribución de los recursos de atención del sistema de salud, y la baja cobertura de los servicios de atención médica a la población más pobre; estas dinámicas estaban en el centro de las preocupaciones políticas de los sanitaristas de ambos países.

En el caso de Brasil, en el marco de la lucha en contra de la dictadura militar, un grupo de sanitaristas vinculados con la lucha democrática, con un origen en la izquierda-socialista y comunista, se habían posicionado en contra de la política de salud puesta en marcha por la dictadura militar. Como parte de su lucha, se opusieron a la salud pública practicada en las instituciones de salud, y, partiendo de un pensamiento de izquierda, propusieron generar un conocimiento que sirviera a las causas populares en su lucha contra la dictadura a través de la construcción de una propuesta alternativa de política de salud, basada en el principio de considerar la salud como un derecho de ciudadanía. Los integrantes de ese grupo fueron los protagonistas del llamado “Movimiento de la Reforma Sanitaria”, el cual logró aglutinar fuerzas políticas y actores sociales alrededor de un ideario de reforma basado en el derecho ciudadano, y conformar un bloque de presión en el ámbito de la Asamblea Nacional Constituyente (1987-1988) que permitió la inscripción de ese derecho en la nueva Constitución redactada en 1988, donde se estableció que: “La salud es

un derecho de todos y deber del Estado, garantizado mediante [...] el acceso universal e igualitario a los servicios de salud” (Abrantes y Almeida, 2002). El resultado fue la creación de un Sistema Único de Salud (SUS) descentralizado, basado en la universalidad de la cobertura, financiado con recursos públicos y con participación social en diferentes ámbitos, y para toda la población.

¿Qué pasaba en México? ¿Había en el campo de la salud pública una confrontación similar con vistas a garantizar un sistema público de salud de acceso para todos? ¿Desde dónde, en qué lugar social, los sanitaristas mexicanos estaban construyendo sus análisis y propuestas de transformación del sistema de salud? ¿Qué estaban haciendo para llevar a cabo esas transformaciones? ¿Por qué un grupo de sanitaristas vinculados con el PRI cuestionaba la capacidad del Estado para garantizar el acceso y la equidad?, ¿qué estaban proponiendo y haciendo para mejorar la cobertura del sistema de salud y afianzar el libre acceso y la universalidad de la cobertura? ¿Cómo reaccionaron otras fuerzas sociales y políticas relacionadas al PRI? ¿Y qué papel estaba jugando el sanitarismo de izquierda?

Dichas preocupaciones me hicieron recordar mi experiencia en Brasil como funcionaria de una de las agencias públicas de desarrollo científico y tecnológico (1985-1994), Finep, ya que, desde dicho espacio, en conexión con el Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la comunidad científica, buscábamos hacer del área de salud colectiva un campo de investigación comprometido con la salud de la población y con la democracia.

La cuestión que me planteé entonces fue la de cómo transformar esas percepciones en un problema teórico de investigación en el que pudiera, sin realizar una investigación comparativa, hacer que mi experiencia y vivencia referentes a la lucha social en el ámbito de la salud, formaran parte de un proyecto de construcción de una sociedad democrática estructurada en la justicia social, y el cual me llevara, al mismo tiempo, a dilucidar la realidad mexicana, para así, desde ésta, tener acceso al conocimiento.

Una solución inicial, y que en cierto sentido daba continuidad a mi tesis de maestría defendida en 1992, la cual versó sobre la relación entre poder público y población usuaria de los servicios de salud a partir de instancias de participación social de ámbito local, fue la de investigar los vínculos entre lo que pasó a ser conocido como la “política de reforma del

sector salud” y los sanitaristas, en particular las relaciones de los sanitaristas con las fuerzas político-sociales en competencia por el control del propio proceso de reforma y de la dirección que debería de tomar la política de acceso a los servicios públicos de salud. ¿Qué estaban proponiendo los sanitaristas para enfrentar la cuestión del acceso y de la baja cobertura de los servicios de salud? ¿Quiénes eran sus interlocutores y en nombre de quiénes accionaban? Es decir, en el ámbito de la construcción de las relaciones sociales, ¿qué estaban haciendo para garantizar un acceso más incluyente y universal a los servicios de salud, independientemente de la capacidad de pago?

Otra cuestión que inmediatamente saltó a mi vista fue la llamada transición política en un contexto definido como de crisis económica y de contención de gastos y de estructuración de propuestas de reformas de carácter estructural en el sector salud presentadas como parte de las políticas de salida de la crisis económica, del proceso de democratización y de ruptura con el pasado corporativo –muchas veces identificado como responsable de la existencia de privilegios– y por la distribución desigual de los recursos del sector salud entre los grupos sociales (Mesa-Lago, 1985). ¿Había alguna posibilidad para los grupos populares en relación a una distribución más justa de los recursos en un contexto de redefinición de las fuerzas políticas y sociales y de fortalecimiento de los intereses vinculados al mercado? ¿Qué estaba siendo propuesto por las diferentes fuerzas políticas para dar respuesta a las desigualdades estructurales del sector que afectan el acceso a los servicios de salud? ¿Qué se hizo al respecto? ¿Era posible identificar mejoras en la cobertura y en el acceso a los servicios de salud?

De ahí el interés de tomar la reforma del sector salud en México como un proceso objetivo de acción y política que busca incidir en las relaciones de poder sectorial para cambiar la dinámica de distribución de los servicios de salud y actuar sobre las condiciones estructurales adversas que impiden el acceso, así como de considerar la reforma como una política de salud cuya realización como cualquier política social supone modificaciones en las relaciones establecidas entre sociedad, Estado y mercado, y en los acuerdos técnico-políticos que permiten la instrumentalización de las decisiones. El resultado final debería reflejarse en la política de acceso a los servicios públicos de salud y en la distribución de los mismos. Conocer los proyectos técnico-asistenciales en conflicto y las políticas llevadas

a cabo por los actores aglutinados en torno a esto, pasó a ser la cuestión central de mi investigación para analizar hasta qué punto la reforma en proceso rompía con un pasado de segmentación y exclusión de los pobres al derecho a la salud, base de integración de una sociedad basada en la igualdad entre los humanos por el sencillo hecho de serlo.

Por lo anterior, mi investigación se centra en el gobierno del presidente Ernesto Zedillo (1994-2000), y tiene como marco de referencia más amplio que contextualiza la conformación de un grupo de poder vinculado con el propio proceso de reforma a partir del gobierno de Miguel de la Madrid (1982-1988), cuando, en medio de la crisis económica, la política de salud se alinea manifiestamente a las propuestas de reforma del Estado, y éstas se aglutinan en torno a una propuesta de reforma del sector salud.

Para realizar la investigación, teniendo presente de antemano que no iba abarcar el conjunto de las fuerzas políticas y sociales que participan en el enredado y complejo juego de intereses en torno a la reforma sectorial, en el marco del sanitarismo centré mi atención en dos grupos, no homogéneos internamente, caracterizados, incluso, por un proceso de convergencia, que me llevaron a hablar de dos actores, a saber: los que reconocen que el acceso a los servicios de salud es un derecho humano y social del ciudadano y que requiere de la intervención del Estado como garante de ese bien para todos, a los que llamaré *salubristas*, señalando la diferencia entre aquellos vinculados con el Partido Revolucionario Institucional (PRI) y los de izquierda. A los otros los llamaré *neosalubristas*, justamente porque plantean una mayor participación del mercado en lugar del Estado con el fin de que la dimensión social no sea un obstáculo para la expansión de la dimensión económica de la salud, entendida ésta como un ámbito de desarrollo de riqueza y de tecnología médico-biológica que le permite dar una respuesta más eficaz a la enfermedad que la ofrecida por el Estado, restando a la dimensión social un lugar residual para no obstaculizar las fuerzas del mercado.

El presente trabajo tuvo como objetivo investigar las diversas interacciones y articulaciones que los salubristas establecieron entre sí y con otros actores y fuerzas políticas, incluyendo al propio Estado, en función de sus proyectos técnico-asistenciales y orientaciones de la política para incidir en la definición de las reglas de acceso y distribución de los recursos y servicios de salud. El propósito de esta investigación fue,

pues, ubicar la reforma en el campo de las fuerzas sociales y políticas, relacionando a los salubristas investigados y sus proyectos técnico-asistenciales con determinados proyectos ideológicos en discusión en la sociedad mexicana. Esto porque el análisis del alcance de las propuestas para mejorar el acceso en el marco de la reforma no es independiente de lo que ocurre en la sociedad ni de las relaciones de poder que sustenta y dan sentido a las decisiones. Es decir, se trató de vincular la dimensión técnica de la reforma con la política porque, citando a Torgerson (1996: 228) “la razón no está exenta de valores y conlleva, en efecto, un compromiso político”, cuestión que ha sido estudiada escasamente en la literatura sobre reforma, aunque algunos análisis pragmáticos realizados por el equipo de la Escuela de Salud Pública de Harvard en torno de la “governabilidad de la reforma”, hayan hecho recomendaciones sobre la necesidad de un equipo de decisores técnicos y eficientes para enfrentar los desafíos y suministrar ideas y propuestas (Bosset y González Rossetti, 1998) como una estrategia de respuesta a los resultados no esperados o no previstos en el proyecto.

Cuando empecé a construir la investigación, me di cuenta de que la mayor parte de los estudios sobre reforma que se estaban realizando en México y que tomaban en consideración a los actores, tenían un objetivo instrumental, ya fuera para la propia implementación de la reforma o de oposición-crítica, y se concentraban en los llamados actores institucionales, identificados como obstáculos para el propio proceso de reforma o como promotores de ésta, olvidándose de analizar el significado de sus acciones en la construcción de relaciones sociales capaces de dar sustento a una institucionalidad basada en el derecho a la salud como parte de la construcción de ciudadanos con capacidad de vocalizar sus demandas (Laurell, 1996). Otro conjunto importante de estudios relacionaba las estructuras institucionales y la capacidad del Estado para promover cambios más allá de los grupos de interés (González Block, 1989; Bosset y González Rossetti, 2000), afianzando su poder, independiente de las fuerzas sociales contrarias o en conflicto.

Una opción fue trabajar con actores institucionales, teniendo como justificación una posición analítica-crítica que considerara la reforma en cuestión como una política impulsada por fuerzas políticas institucionalizadas ubicadas en la estructura de poder del Estado mexicano. Por esta razón, una de las inquietudes que orientaron este trabajo de investigación fue la de contextualizar la acción de diferentes grupos de salubristas como

portadores de conocimiento técnico-científico referente a la dimensión colectiva de la salud y, en particular, ubicarlos en el proceso de reforma sectorial a través del análisis de las interacciones y alianzas –formales y no explícitas– como actores que forman parte de una totalidad, que tienen intereses y posturas políticas, se organizan y cooperan entre sí y con otros actores, para promover acciones colectivas en función de una visión futura.

En el estudio se particularizó el problema del acceso a y de la cobertura a los servicios de salud para ejemplificar los proyectos y acciones de los actores analizados, ya que esa es una cuestión que está en la agenda del sector desde la década de 1970, y que es parte de los objetivos e intenciones declaradas por la reforma sectorial liderada por el gobierno mexicano a partir de la década de 1980. La reforma y sus objetivos fueron justificados por los neosalubristas como una estrategia necesaria para armonizar el sistema público de salud con su entorno económico-sanitario-cultural-político, e integrar las necesidades de salud de la población pobre con base en el concepto de equidad en oposición a la visión igualitaria-universalista hasta entonces dominante. La equidad como principio orientador del acceso fue entendida por los neosalubristas como un ideal normativo indispensable que permite al nuevo gestor el desarrollo de los sistemas de salud de forma modulada, para que los programas y las intervenciones del sector público lleguen a los ciudadanos más necesitados y, así, superar las injusticias sin obstaculizar el acceso de otros conjuntos sociales al mercado. ¿Cómo fue que ese ideal se substantivo en el ámbito organizacional como propuesta de servicios de salud? ¿Qué acuerdos y alianzas fueron contruidos para garantizar el acceso y la cobertura de los servicios de salud a todos los mexicanos, independientemente de su capacidad de pago? ¿Cuáles fueron sus resultados?

En el ámbito de esa investigación la reforma fue conceptualizada como un proceso intencionado de reordenamiento político-institucional que requería de un marco jurídico-normativo, de programas y acciones y de acuerdos políticos que otorgaran legitimidad a las decisiones y a su puesta en práctica. Considero que los acuerdos fueron resultado de interacciones entre actores con recursos de poder diferentes, posturas políticas e ideológicas con intereses distintos en un marco institucional específico, resultado de procesos histórico-estructurales que impusieron límites a la acción de los actores.

Para la realización de esta investigación me apoyé más en las explicaciones sociológicas de la acción colectiva que en la teoría de las profesiones, aunque esta última me pareció muy importante para recuperar una dimensión relacional en la que los actores están vinculados, y la cual se refiere a la dimensión técnica de sus propuestas, a la disponibilidad diferenciada de recursos de poder, límites de la acción y alianzas.

El resultado de la investigación se presenta en tres grandes partes: en la primera, que abarca los tres primeros capítulos, es donde defino, sitúo y contextualizo el problema de la investigación, presento los conceptos e hipótesis de análisis y hago una recuperación histórica de la acción del Estado mexicano en el ámbito de la salud pública, para después presentar las brechas y consecuencias de esa acción con relación al acceso y distribución de los servicios y recursos de atención del sistema de salud y su problematización por las fuerzas sociales en la década de 1970, y la redefinición de los actores y agenda tras la identificación del Estado como elemento provocador del malestar.

La segunda parte, conformada también por tres capítulos, abarca el inicio de las políticas de ajuste (1982-1994) y tendencia a la disminución de los recursos para el área social, y está dedicada a recuperar y discutir la política de salud puesta en práctica, así como sus consecuencias en el acceso y cobertura de los servicios de salud (capítulo 4). Asimismo, analizo sus consecuencias para los actores investigados, las tensiones en el interior del salubrista priista, la conformación de un grupo de poder en torno al Dr. Soberón y el fortalecimiento de la tendencia salubrista de izquierda al abrazar el proyecto de poder del Partido de la Revolución Democrática (PRD) (capítulos 5 y 6).

La tercera parte, comprendida por los capítulos 7 a 9, se refiere al núcleo de la investigación. Aquí se analizan las posibilidades de la reforma de impactar positivamente el acceso y la cobertura para los grupos excluidos de la seguridad social. Es decir, se refiere a los proyectos técnico-asistenciales de los actores analizados, sus puntos de contacto, de discordias y complementariedad (capítulo 7). En los capítulos 8 y 9 se analiza el alcance de la reforma para promover garantías de acceso a servicios de salud, independientemente de la capacidad de pago.

Finalmente, en el capítulo 10 se quiso constituir un balance de la investigación en sí, y, en particular, de la propuesta de analizar la reforma sectorial a partir de las propuestas

técnico-asistenciales como ámbito de expresión para intervenciones cuya finalidad está determinada por los actores que se apropian de y dan sentido a las mismas.

CAPÍTULO 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN, LOS CONCEPTOS E INDICACIONES PARA EL TRABAJO DE CAMPO

Para fines de exposición, en este capítulo se plantea el problema de investigación, los actores, los interrogantes empíricos y teóricos, y las líneas teórico-metodológicas que orientan el presente trabajo. Esto es, el papel que han desempeñado los salubristas priistas y de izquierda, y los neosalubristas en la definición de las puertas de acceso a las políticas de salud y de propuestas para mejorar la cobertura de los servicios de salud para el conjunto de la población y grupos específicos, y el alcance de las propuestas en debate en el ámbito de la reforma para garantizar el derecho al acceso a los servicios de salud y la universalización de la cobertura. En este sentido, las preguntas de investigación se refieren tanto a la dimensión ideológica y técnica de las propuestas en confrontación, como a la articulación de éstas con la política, ámbito en el que se generan las condiciones para la puesta en práctica de acciones que tienden a mejorar las condiciones de acceso a y de cobertura a los servicios de salud.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La salud pública en México como un ámbito de acción técnico-política del Estado mexicano se consolidó y expandió a partir de la década de los 30 (siglo XX) bajo la hegemonía de un Estado que se entendía a sí mismo como una autoridad política legítima con poder de coerción, que buscaba velar por la salud de los mexicanos y actuar sobre la sociedad a fin de generar las condiciones necesarias para mejorar los niveles de progreso de la nación. Su institucionalización, independientemente de otras prácticas existentes en el ámbito del mercado y de la sociedad civil en torno al proceso salud-enfermedad-atención, significó, por una parte, la consolidación de las instituciones de salubridad y asistencia para intervenir en la dimensión colectiva de la salud con el fin de hacer justicia social, regular un

conjunto de actividades sociales, económicas y culturales que podrían poner en riesgo la salud, y dar atención-médica a la población campesina y a la población pobre de los centros urbanos. Por otra parte, se buscó la creación de instituciones de seguridad social dirigidas a restaurar la salud individual de los trabajadores vinculados con los sectores más dinámicos de la economía, organizados de forma corporativa.

Dicho complejo institucional operó sobre la dimensión individual y colectiva del proceso salud-enfermedad-atención, a partir de la visión social y clínica de la enfermedad, contraponiéndose tanto a la medicina tradicional dominante en las comunidades indígenas y campesinas, como a otras prácticas de curación existentes en la sociedad mexicana, por ejemplo, la homeopatía. Al actuar de esa forma, se desconoció y negó la diversidad cultural y étnica existente en la sociedad mexicana, que se caracteriza por la utilización, de manera combinada, de todas esas otras prácticas, incluyendo la biomédica. Los médicos se constituyeron como uno de los grupos de profesionales centrales de esas instituciones al responder a los ámbitos de asistencia individual y colectiva, y por su gestión y administración al lado de otros profesionales. Estas instituciones contaron también con los salubristas, médicos en general que aportaron a la práctica institucional los instrumentos para la acción social del Estado en el ambiente físico y cultural de las comunidades, en nombre del progreso y de la justicia social.

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) constituyó, hasta la década de los setenta, la institución más importante en cuanto a la formación de médicos y pasantes que prestarían sus servicios a las instituciones públicas de salud. Además, la UNAM desarrolló los programas de especialidades médicas de las propias instituciones de seguridad social. Los médicos salubristas formados en la Escuela Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), creada en 1922 para formar cuadros administrativos y técnicos especializados para el gobierno, actuaron al lado de médicos clínicos y otros profesionales de la salud en el combate a las enfermedades infectocontagiosas y transmisibles, endemias, mala nutrición y malos hábitos alimenticios; cuidando, además, de la salubridad pública. Asimismo, en la Secretaría de Salubridad y Asistencia y en el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM, se logró que, a partir de la década de los setenta, surgieran otras

alternativas de profesionalización tanto en el área médica como en la de salud pública.

Otra característica de los servicios de salud fue su desarrollo desigual en relación a la distribución de los recursos entre ambas instituciones y grupos sociales, incluso en el interior de la propia seguridad social. Desigualdad que también se vio reflejada en los indicadores de salud. López Acuña (1980: 174, 180) señala que, entre 1971 y 1979, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) contaba con un 25% a 38% de los recursos financieros, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con un 11.5% a 15.4%, mientras que la SSA sólo contaba con un porcentaje de 5.6 a 6.7%, teniendo que cubrir, en teoría, a una población tres veces mayor, más pobre y más necesitada.

No obstante, la actuación de las instituciones de salubridad y asistencia y de seguridad social fueron consideradas como exitosas hasta la mitad de la década de los 70, tanto por el sector médico en general, como por la industria privada productora de insumos y servicios para el sector salud, y las fuerzas políticas articuladas al Partido Revolucionario Institucional, vinculadas con el sector obrero o el empresarial. Las voces disonantes que se hicieron escuchar hasta el mencionado momento, fueron las de los residentes médicos que habían estado activos en la huelga de 1964 y en otras coyunturas (Pozas Horcacitas, 1993), así como las de algunas secciones sindicales de la Secretaría de Salud y Asistencia en la Ciudad de México, donde había ex-participantes del movimiento de 1968 (Rodríguez Ajenjo y Vital, 1979), y las de un pequeño grupo académico que se formó a mediados de la década de los 70 en torno a la discusión de los determinantes de clase del proceso de salud-enfermedad, y el cual funcionaba de acuerdo al pensamiento de izquierda. Una buena parte de este grupo se congregaba alrededor de la maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, y militaban o estaban próximos al Partido Comunista y a organizaciones partidarias de la izquierda.

Las deficiencias del complejo institucional, y, en específico, su baja penetración en las comunidades indígenas, campesinas y entre los pobres urbanos, fueron, en parte, compensadas por el continuismo de la sociedad-tradicional y sus prácticas de curación, las cuales todavía constituyen una importante fuente de recursos para las comunidades indígena-campesinas y la población pobre en general. En este sentido, siguiendo a

Menéndez (1981, 1990, 1992) y a Freyermuth (2004: 78), es posible hablar de soluciones de complementariedad y de unas relaciones no desprovistas de tensiones y conflictos, y de subalternidad entre estas prácticas y el modelo médico hegemónico dominante en las instituciones públicas de salud.

De igual manera, fue durante los gobiernos de Luis Echeverría (1970-1976) y de José López Portillo (1976-1982), cuando el México “exitoso” que emerge del período conocido como de “desarrollo estabilizador”, se vio presionado para dar respuesta al cuadro epidemiológico definido por los profesionales de la salud como desigual y contradictorio dada la presencia de enfermedades del subdesarrollo y del desarrollo, y por la distribución desigual de las enfermedades y de los servicios en los grupos sociales. Por una parte estaban los excluidos del desarrollo económico y social que no lograban tener acceso a los servicios de salud y que mostraban un cuadro de enfermedades propio de la situación de pobreza en que vivían. Por otra parte, la contaminación y la muerte por accidente de tránsito ya se presentaban como enfermedades urbanas propias del desarrollo junto con las enfermedades del corazón, haciendo más complejo el cuadro epidemiológico.

La propuesta de extender la cobertura articulada a estrategias de intervención en la comunidad para mejorar la situación de vida de la población pobre fue ganando terreno en el ámbito del salubrismo institucional al tiempo que se buscó incrementar la cobertura de la atención médica y extender los beneficios de la seguridad social a los asegurados. Es en este periodo que se crean el IMSS-COPLAMAR (1973) y otros programas de la Secretaría de Salud, como el Programa de Salud Rural (PSR, 1977) para extender la cobertura a través de la atención primaria y la participación comunitaria, mientras se observa un mayor crecimiento de la seguridad social y sus beneficios.

Es también en este periodo que empezaron a delinearse con más intensidad nuevas divergencias técnico-políticas en el interior de los grupos de poder sectorial, en torno al proceso de decisión del sector y de la dinámica y naturaleza de las decisiones. Las divisiones dentro del salubrismo oficial mexicano se tornaron más complejas; una de las tendencias surgidas tuvo su expresión en un grupo de investigadores congregados en torno a dos profesores de la Universidad Nacional Autónoma de México en el transcurso de la década de los 70, los doctores José Rodríguez Domínguez y José Laguna García, quienes

reclamaban una mayor presencia de la autoridad académica y del conocimiento científico en la solución de los problemas de salud de la población, de los individuos y de los sistemas de salud, así como la necesidad de introducir elementos de planificación para mejorar el desempeño del sector frente a la complejidad del cuadro epidemiológico que situaba a México ante la posibilidad de una mayor presión de la demanda sobre los servicios y recursos para el sector. El aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, las cuales no eran provocadas por contagio y requerían de tratamientos más costosos, llevó a estos investigadores a considerar que México iba de una situación epidemiológica a otra. Para enfrentar esa transición se requería, además de las acciones de prevención, un mayor conocimiento del campo biomédico –impulsor de tecnologías y nuevas modalidades de tratamiento capaces de dar respuesta a esos padecimientos, considerados como inevitables por ser parte de la historia natural de los individuos– y nuevos indicadores que orientaran la toma de decisiones frente al aumento de los costos y de la demanda.

Este grupo también se mostró preocupado por el contexto político en el que se hacían las negociaciones y se tomaban las decisiones en relación con las políticas de salud. Dicha preocupación se originó por la necesidad de renovar las élites técnico-políticas por unas más próximas a los grupos sociales fortalecidos con el desarrollo económico y que reclamaban una mayor profesionalización del sector frente a la complejidad de los problemas que ya se acumulaban.

La crisis económica, que alcanzó su máxima expresión al final del periodo de gobierno de López Portillo (1976-1982), se debió, según los funcionarios de Hacienda relacionados con las tendencias monetaristas (Rousseau, I, 2001), a la política del Estado. Para repararla, se propusieron restricciones al aumento sustantivo del gasto público, particularmente en servicios de salud pública.

Las críticas en relación al mal uso de los recursos públicos ganaron mayor definición a partir del momento en que el gobierno de Miguel de la Madrid (1982-1988) aceptó la agenda de ajuste estructural capitaneada por organismos financieros internacionales, y la cual implicaba, entre otras cosas, un cambio en el Estado que encausara una disminución de su papel como rector y gestor del proceso económico y social, y en la relación entre el desarrollo económico y el desarrollo social, enclaustrando a

este último en la racionalidad del mercado. Estos cambios incluyeron, por supuesto, una disminución de los recursos para sostener las acciones del Estado en el ámbito de la salud pública, un replanteamiento de la extensión de sus acciones y un nuevo papel para el sector privado en relación con la oferta de servicios médicos. Semejante situación se vería expresada en las medidas tomadas bajo la administración del Dr. Guillermo Soberón como Secretario de Salud (1982-1988). Se introdujeron cambios legales y jurídicos en la Constitución y en la Ley General de Salud que incorporaron los derechos de la protección a la salud sin contemplar un sistema de garantías sociales o positivas referente a un mínimo de bienestar bajo la forma de servicios públicos, y se optó por una disposición meramente programática que solo representó una guía de acción sin carácter vinculatorio. Bajo ese nuevo marco Constitucional, el acceso a la salud pasó a ser para todos sin que el Estado asumiera su responsabilidad como garante: el individuo, la familia y el sector privado estaban obligados a proveer la protección de la salud (Ruiz- Massieu, 1983).

En ese contexto fue propuesta la institucionalización del Sistema Nacional de Salud (SNS) para convertir a la Secretaría de Salud en el centro rector del sector con el fin de gerenciar los recursos existentes y promover la participación del individuo, del sector privado y de otros niveles del gobierno como partes responsables del derecho a la protección de la salud. En la Nueva Ley de la Salud se previó la posibilidad de imponer cuotas de recuperación, práctica común en salubridad y asistencia (Artículos 35 y 36) (Ruiz- Massieu, 1985: 359), y de crear el Centro de Investigación en Salud Pública para asesorar la toma de decisiones lejos de las presiones políticas, pretendiendo así garantizar, por un lado, la responsabilidad de la población para con su salud y la eficiencia y eficacia de la acción pública, ambas consideradas como condiciones para garantizar el acceso a los servicios de salud y mejorar la cobertura de los servicios y la eficacia de los mismos en términos de disminución de los indicadores de morbi-mortalidad.

A partir de la gestión del Dr. Soberón, se dio inicio a una tendencia de vincular, cada vez más, en el ámbito del discurso las políticas de acceso con los servicios de extensión de cobertura y los de control de costos y de aumento de la participación del sector privado. Sin embargo, en la práctica, la Secretaría de Salud continuó respondiendo a la población pobre a través de acciones básicas de atención, desempeñadas, en gran parte, por

pasantes de medicina. Además, la seguridad social seguía gozando de mayores recursos y el concepto de riesgo individual fue ganando terreno gradualmente en el ámbito de la administración de los servicios para desplazar la visión colectiva de riesgo propia de los seguros sociales y la de determinantes sociales como factor causal de enfermedades, lo que requería de intervenciones en las condiciones básicas de vida, propias de la salud pública.

Las instituciones del sector salud también testificaron un aumento de poder de determinados grupos de médicos con vínculos con la UNAM, la investigación biomédica y el crecimiento de nuevos intereses en torno a la práctica privada de la medicina y de la dimensión económica de la salud. Además, se hizo notar un incremento en la lucha ideológica en el campo sanitario en torno a algunas ideas y principios que organizaban y daban sentido a la acción del Estado en lo que se refiere a las políticas de extensión de cobertura, y, como parte de ese conflicto, al surgimiento de nuevos conceptos orientadores de las políticas de accesibilidad y cobertura.

En ese proceso, el concepto de equidad basado en la igualdad de oportunidades fue señalado como definidor de la dimensión social de la política de salud, y sustentado en un paquete de beneficio, definido, técnicamente, en oposición a la idea de la universalidad en la política de acceso a los servicios de salud que hasta entonces dominaba en términos proyectivos. La universalidad fue identificada por el grupo del Dr. Soberón como una limitante de la libre competencia y de la libertad de elección. La doctrina del riesgo individual como algo que se asocia estadísticamente a la enfermedad y que puede ser regulado, pero sin excluir a ésta, aunado a la cuestión de los costos sociales, ganó espacio, constituyéndose en la base de las políticas de salud restrictivas (Courtwright, 1996).

Asimismo, los vínculos de la reforma del sector salud con las políticas macroeconómicas de ajuste hicieron visible que la reforma era parte de un proyecto mayor para cambiar el modelo de desarrollo con el objetivo de ir más allá de las interpretaciones sobre los riesgos y determinantes de la salud. Ésta estaba articulada a la reforma del propio Estado y, por supuesto, al lugar de la salud en el proyecto económico social del Estado mexicano.

1.2. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD COMO UN PROCESO POLÍTICO SOCIAL COMPLEJO

Desde la década de los 80, la propuesta de una reforma del sector salud pasó a ser parte de la agenda sectorial. En 1990 fue declarada como política de Estado, y todavía está en proceso de implementación. Su puesta en práctica no ha sido una tarea fácil, definitiva ni lineal, aunque erigida como política de Estado por el gobierno del presidente Zedillo; incluso se pueden observar distintas estrategias y propuestas institucionales que integran un mismo marco ideológico.

La impresión inicial generada por el debate en la década de los ochenta en torno al fracaso del modelo de desarrollo basado en la intervención del Estado en el sector social, se fue relativizando en la década de los 90 a medida que las nuevas orientaciones de desarrollo y sus políticas sociales no lograban los resultados sociales anunciados (CEPAL, 1990), al igual que la visión determinista de que las instituciones de salud estarían desestructuradas, en crisis o incluso en extinción en el caso de que no fueran reformadas. De cualquier modo, persistía la visión de que la salud pública, en la práctica asentada en el poder público, se había superado en su base ideológica y científica debido a las características del propio cuadro epidemiológico, definido como de transición, lo que indicaba un aumento de las enfermedades crónico-degenerativas vinculadas con factores de riesgo, en detrimento de las enfermedades infecciosas explicadas por factores sociales.

Sin embargo, las instituciones de salud pública, junto con las ideas y los intereses creados y promovidos por ellas, mostraron su persistente relevancia para el proyecto legitimador del Estado mexicano, aun cuando habían cambiado algunas de las condiciones que las estructuraron y forjaron, sobre todo en el ámbito médico-sanitario y del mercado de trabajo, quizá porque las estadísticas denunciaban un aumento de la pobreza y del desempleo en el continente, situación de la que México no estuvo exento (CEPAL, 1993).

En lugar de que las condiciones estructurales que obstaculizaban el acceso de determinados grupos sociales a los servicios de salud se enfrentaran, se agudizaron al final de la década de los 80 y principios de los 90 con las políticas macro-económicas de ajuste que provocaron, por un lado, más desempleo y una mayor informalidad laboral, y, por otro, una disminución de recursos para el área social. En consecuencia, se originaron nuevas formas de exclusión de los servicios de salud y de rezagos en materia de ésta, manifestadas en el deterioro de las condiciones de vida y de trabajo, así como en una mayor presión

sobre los servicios de salud. Dichas cuestiones hicieron más complejo el cuadro epidemiológico y la propia idea de transición y de superación de la acción pública en salud, cuestionando la propia legitimidad de la propuesta de reducir el ámbito de acción de las instituciones públicas de salud y la visión de la salud pública como parte intrínseca de la sociedad civil, e imponiendo ciertos límites a la libertad de acción de los actores, ya fuera en una u otra dirección.

Independientemente de los datos de la realidad que demostraba una situación dramática para el sector social, la tendencia de transformación de las instituciones públicas de salud para atender las necesidades del mercado no se detuvo. Como parte de ese proceso, el nuevo grupo de salubristas relacionados con el Dr. Soberón, quienes se autodefinieron como especialistas en “los fenómenos de salud en población” (Frenk, 1997a: 42), lucharon por desempeñar un papel importante en la construcción de la agenda y en el proceso de su puesta en práctica, participando en la construcción de las condiciones tanto ideológicas como políticas. Puesto que la reforma no fue escrita en una “*tabula rasa*”, los salubristas posicionados en las estructuras de poder del pacto corporativo reaccionaron frente a la presencia de los neosalubristas que amenazaban su posición de poder. Los de izquierda, hasta entonces críticos del quehacer priísta frente al proyecto individualizante-mercantilizador de la salud, también reclamaron la defensa del proyecto social del Estado mexicano que hasta entonces sustentaba la existencia de instituciones públicas de salud.

2. ESPECIFICANDO EL TEMA DE INVESTIGACIÓN: ACTORES Y PROYECTOS TÉCNICO-POLÍTICOS

2.1. EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y LOS PROYECTOS TÉCNICO-POLÍTICOS

La presente investigación tiene como fin analizar los proyectos técnico-asistenciales en torno a los que confluyen sanitaristas y fuerzas sociales y políticas, así como algunas acciones organizadas en torno a la reforma a través de la problemática del acceso y cobertura de los servicios de salud. La garantía del acceso y de la cobertura de los servicios de salud fue entendida como una estrategia de política de salud de combate a las desigualdades sociales frente al proceso salud-enfermedad-atención. Parto del presupuesto de que la garantía del acceso a los servicios de salud constituye un elemento de justicia

social que actúa positivamente sobre la exclusión social en salud al permitir una distribución de recursos y bienes de atención a la enfermedad de acuerdo con las necesidades, independientemente de la capacidad de pago. Entiendo, también, que la puesta en práctica de intervenciones que buscan dar respuesta al problema de la desigualdad social en salud tanto para enfermar y morir como para utilizar los servicios, requiere aprehender los determinantes sociales de esas desigualdades y construir instrumentos de intervención, además de acuerdos políticos que permitan, por un lado, la puesta en práctica de programas y acciones mediante los cuales se deba actuar sobre las condiciones que provocan las desigualdades que se quiere abatir, y, por otro, articular los intereses particulares dentro de un proceso más general y de largo alcance que exprese la orientación de desarrollo de una sociedad.

Abordaré la cuestión del acceso a los servicios de salud en el marco de la reforma a partir de los proyectos técnico-asistenciales de los salubristas priístas y de izquierda y de los neosalubristas, y de las interacciones y alianzas establecidas por estos actores con otros para influir tanto en el debate en torno a los principios e instrumentos que deben orientar el acceso y la organización y distribución de los servicios de salud, como en la transformación de las propuestas en política de salud. Esto es, los vínculos entre propuestas técnico-asistenciales con la política, ámbito de expresión y negociación de los intereses insertos en relaciones sociales asimétricas que, en cierta medida, determinan los procesos por medio de los cuales las personas obtienen un acceso desigual a los recursos materiales y a los beneficios sociales que redundan en un mejor nivel de salud.

Me centraré, en especial, en la relación entre desigualdad social y el uso de los servicios, y, más particularmente, en los vínculos entre los principios-guías para garantizar el acceso y el modelo asistencial, y la configuración de los sistemas de salud en una situación socialmente definida, tomando en cuenta que la eliminación de las barreras de acceso no son suficientes para dar una respuesta a los determinantes sociales de la desigualdad para enfermar y morir, ni para ofrecer una garantía de cobertura de servicios y una mejor distribución de los mismos.

El análisis del acceso y del alcance de las políticas para mejorar la cobertura de los servicios de salud, como parte de las condiciones sociales que generan desigualdades en los

resultados de salud, a partir de la acción de determinados actores, impone la categoría “poder” como capacidad relacional que expresa potencia, conflicto y formas específicas de establecer relaciones-interacciones con los otros, al igual que el concepto de “proyectos” técnico-asistenciales, entendidos como representación de futuro en tanto expresión de ideas y principios que permiten conocer los objetivos declarados por los actores e interpretar el sentido de sus organizaciones, interacciones y acciones para incidir sobre una realidad determinada y moldear el futuro.

Mi propósito es, por un lado, reconstruir los actores y sus formas de acción-interacción con otros sujetos como parte de su lucha para hacer realidad sus proyectos técnico-asistenciales en el marco de la reforma. Por otro, analizar el alcance de las propuestas de modificación de la organización del sistema de salud y del modelo de atención para hacerlo accesible a todos y garantizar la cobertura médica como resultado de la acción de esos actores, haciendo valer sus proyectos en dos ámbitos: 1) el profesional, para legitimarse en tanto portadores de conocimiento técnico-científico específico a partir del cual generar una explicación teórica sobre la relación entre enfermedad y desigualdad social, sugiriendo formas terapéuticas para enfrentarlas y legitimándolas entre pares; 2) el político, para establecer relaciones y alianzas con otros sectores sociales capaces de proveer recursos que los sostengan como profesionales especializados que participen del proceso de toma de decisión.

La Conferencia de Alma Ata la Atención Primaria Integral, como una estrategia para dar respuesta al acceso desigual y a la baja cobertura de los servicios de salud para los grupos sociales pobres, se ha constituido en la principal orientación para organizar los servicios. Sin embargo, la propia OPS reconoció que la estrategia de atención primaria integral fue interpretada de diferentes formas por los países de la región, según sus condiciones socioeconómicas y de salud (OPS, 1997).

La paradoja introducida en las políticas de mejoría del acceso y de extensión de cobertura a partir de la crisis económica de las décadas de 1970 y 1980, fue la de aunarlas al control de costos y al mercado con el fin de no aumentar el déficit fiscal o impedir la expansión de la demanda. En consecuencia, el concepto de equidad bajo la perspectiva igualitaria de la utilidad pasó a ser reivindicado como principio normativo-ético orientador

de políticas para garantizar el acceso de los pobres a los servicios y para tener una cobertura que atendiera sus necesidades de forma eficiente y con calidad.

A partir de ese momento, de acuerdo con Contandriopoulos (1992: 95), los sistemas de salud comienzan a considerarse como equitativos cuando “contribuyen de forma más eficaz, en el tiempo y en el espacio, a una mejora de la salud de la población y a la igualdad en términos de salud de los individuos dentro de una sociedad”. Propuesta que comparte el Banco Mundial y que es refrendada por los investigadores apegados a la lógica del mercado, la cual garantiza una equidad horizontal (Jamilson D, 1994: 27). Dicha visión sobre el acceso a los servicios de salud que concreta mediante la garantía de un paquete de servicios en función de los costos y de los recursos existentes, se contrapuso a la propuesta que buscaba garantizarlo como un derecho social independiente de la capacidad de pago de los ciudadanos, basado en el principio de que aquellos con una capacidad de pago distinta aportan de otra manera, pero reciben igual. Es decir, de acuerdo con la nueva tendencia de orientación de la política de salud, la eficacia de un bien o de un servicio para mejorar la salud es lo que determina su presentación como universal (Contandriopoulos, 1992: 95). Incluso se reconoció que, para muchas intervenciones que no son eficaces en función del costo, “las políticas oficiales no deberían escatimar esfuerzos para desalentar su aplicación” (Jamilson D, *op.cit.*: 27).

Estas visiones orientaron la propuesta de reforma del sector salud del periodo de gobierno del presidente Zedillo (1994-2000). De ahí el interés de centrar la investigación en su gobierno, lo que tiene como marco histórico que lo contextualiza el periodo que va de 1982 a 1994.

Para estudiar la acción de los actores en términos de capacidad de transformación de las relaciones de poder con el fin de generar nuevos consensos y alianzas, se consideraron sus proyectos técnico-asistenciales y sus interacciones como unidades de análisis, así como las restricciones que imponen a la acción de los actores las estructuras institucionales existentes y la propia situación de salud de los grupos sociales.

Entiendo que las condiciones desiguales de salud y de acceso a ésta deben estar en el centro de nuestras preocupaciones, al igual que los determinantes macro y micro de esas condiciones. Es decir, hay que tomar en cuenta, por un lado, los vínculos que los autores

establecen entre los factores económicos, políticos, sociales, demográficos y epidemiológicos con las condiciones de acceso y de cobertura de los sistemas de salud, y, por otro lado, las propuestas de políticas para incidir en las puertas de acceso a los servicios de salud y en la cobertura, las cuales se reflejan en la organización de los servicios y del modelo de atención.

2.2. LOS ACTORES Y SUS CARACTERÍSTICAS

Teniendo en consideración lo dicho hasta ahora, la opción fue, para efecto de descripción y recuperación, centrar el análisis en dos grupos de sanitaristas, sabiendo de antemano que no agotamos el universo político-ideológico existente en el ámbito de este sector profesional o en el sector salud, y que, además, los sanitaristas se encuentran en proceso de modificación, e incluso de convergencia y redefinición de alianzas y perspectivas. En consecuencia, el análisis se centra en lo que definimos como salubristas y neosalubristas.

El rasgo que mejor caracteriza a los salubristas como grupo y que les atribuye historicidad, es la identificación de la salud como un valor social realizado a través del Estado. Dicho grupo no es homogéneo y se encuentra en un rango difuso y en proceso de re-definición y rearticulación política desde finales de la década de los 80. Está conformado por diversas corrientes y fuerzas políticas integradas a las estructuras de poder del Estado posrevolucionario –es decir, ligados al PRI–, lo que no impide que algunos de sus integrantes estén vinculados también con el PRD y/o algunas organizaciones populares o que tienen que ver con intereses económicos relacionados con el complejo médico-industrial productor de bienes y servicios para el sector. En este sentido, no hay, necesariamente, una incompatibilidad entre el salubrismo y el sector privado. En general, son médicos formados bajo la mística de la Escuela Nacional de Salud Pública o en la propia Secretaría de Salud, y, en su gran mayoría, son funcionarios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y del IMSS, y pertenecen a la Sociedad Mexicana de Salud Pública. Hasta 1982 estaban a cargo de la dirección del sector a nivel federal, estatal y jurisdiccional, y en la coordinación de los servicios de salud en los estados.

El salubrismo también se alimenta de las fuerzas de izquierda que, desde su posición como investigadores, criticaron la política de salud del Estado mexicano dado su carácter

legitimador de las desigualdades de clases y de la explotación capitalista. Algunos de esos salubristas militaban en el Partido Comunista Mexicano o en pequeños partidos y/o grupos de izquierda tales como Punto Crítico, así como en otras organizaciones sociales urbano-populares-sindicales. Además, se identificaban con la propuesta desarrollada por la Maestría en Medicina Social de la UAM-Xochimilco. Se trata de una corriente conformada, inicialmente, por personal académico que se encontraba de espaldas al Estado mexicano, sin experiencia administrativa hasta entonces. Esta corriente identificaba la salud como un bien social a ser realizado a través del Estado. Fue ese rasgo ideológico lo que le permitió cobrar fuerza en el contexto de la reforma y que, en cierta medida, encausó una rearticulación organizativa de la izquierda salubrista a través del PRD y del salubrismo en general en algunos estados de la república.

Los neosalubristas como grupo, desde su posición de especialistas en salud pública, llamaron la atención sobre el agotamiento del modelo salubrista que orientó y justificó la acción pública frente a los fenómenos de la globalización, apertura de mercado y cambios epidemiológicos. Asimismo, lucharon por su reconocimiento científico como grupo capacitado para construir las bases científicas y técnicas de la reforma y la conducción del nuevo sistema de salud, con lo que su presencia cobró fuerza en todo el proceso de reforma al mismo tiempo que se articulaban con fuerzas económicas y políticas que respaldaban la abertura de la economía y que estaban interesadas en la expansión del mercado en el sector salud. Ese grupo de poder, estructurado en la UNAM, tenía una composición mixta en la que algunos de sus integrantes ostentaban experiencia administrativa y política y otros no, pero en su mayoría, eran profesionistas, algunos de ellos investigadores con proyecciones político-administrativas.

Hay que tomar en cuenta que, a partir de entonces, esos actores estructuraron sus conexiones, construyeron organizaciones y se relacionaron con otros actores y grupos sociales, y, en nombre de su posición profesional, formularon sus diagnósticos en relación a los problemas principales del sector salud. Con la organización de los servicios, propusieron indicadores de medición, modelos de explicación del proceso salud-enfermedad-atención y elaboraron sus propuestas técnico-asistenciales. Además, dependían de la política para que sus ideas se tradujeran en propuestas y pudieran ser puestas en

práctica, pero, en particular, para ocupar un lugar estratégico en el sistema de toma de decisiones sectorial.

Los salubristas priístas, como grupo profesional técnico-político que formaba parte de la estructura de poder de la Secretaría de Salud, consideraban que la salud como valor social era parte del proyecto político-social del Estado mexicano, y, por lo tanto, sostenían las instituciones públicas de salud que velaban por la salud de los mexicanos y garantizaban su lugar de trabajo y poder. Asimismo, aceptaban que las instituciones de salud, entendidas como ámbito de realización de la salud como un bien social, comprometían y responsabilizaban a su grupo a cuidar del bienestar de la población, y consideraban que estas instituciones podían y debían ser modificadas para servir mejor a la dimensión social de la salud en función de las nuevas formas de manifestarse de las enfermedades.

La Sociedad Mexicana de Salud Pública, creada en 1944 como un órgano de difusión y promoción de la salud pública que reivindicara el monopolio profesional, constituye en uno de los espacios principales de socialización del salubrismo institucional. Como grupo técnico-político tenían a la antigua Escuela Nacional de Salud Pública, mientras que los cursos de formación de la Secretaría de Salud les servían de espacio de reproducción, y la revista *Salud Pública*, también de la Secretaría de Salud, como uno de los vehículos de transmisión de sus conocimientos y acciones hasta su apropiación por los neosalubristas en el final de la década de los ochenta con la creación del INSP.

En relación con los salubristas de izquierda, es preciso reconocer también que estamos ante un universo diversificado, aunque particularizado por una de sus corrientes, identificada con la Maestría de Medicina Social de la UAM-Xochimilco creada como una opción crítica a la Escuela de Salud Pública y a las visiones salubristas dominantes en la Secretaría de Salud, cuya fuerza intelectual recayó, principalmente, en la Dra. Asa Cristina Laurell, pero sin desconocer a otros participantes como el Dr. José Blanco Gil, la Dra. Catalina Eibenschutz y algunos exiliados chilenos y argentinos. Todos ellos individuos muy importantes para la consolidación del proyecto académico alternativo. La entrada posterior de buena parte de dicho grupo al PRD los revitalizó como portadores de un proyecto alternativo en relación con el salubrismo priísta y con los neosalubristas, lo que los mantuvo en la lucha electoral y en alianza con otros sectores de la sociedad.

Los neosalubristas, como grupo profesional con pretensiones de dominar las posiciones más importantes del sector salud, también se congregaron en torno a determinados individuos, algunos de los cuales actuaban como nudos de una red conectada al sector privado y/o organismos privados internacionales. Para este grupo, la salud es un bien de consumo escaso que requiere del mercado para su desarrollo tecnológico y del Estado para regularlo. La visión económica de la salud, es decir, el mercado como el ámbito de creación de la riqueza y del desarrollo tecnológico, se impuso como una visión ideológica basada en determinados principios y en una visión de sociedad.

Dicho grupo reclamaba una mayor presencia del conocimiento científico y de las nuevas tecnologías en la orientación de las decisiones en salud pública y en la práctica de la medicina. Además, clamaban por un especialista en salud pública altamente capacitado para producir un conocimiento vinculado o vinculable con los nuevos avances de las ciencias biomédicas (biotecnología y otros), y preparado para responder a los desafíos planteados por las transiciones (sociales, económicas, epidemiológicas, demográficas) que habían generado un cuadro epidemiológico complejo que dependía más de los estilos de vida que de la fuerza del Estado, lo que requería de una atención curativa, imponiendo nuevos retos a los sistemas de salud. Como grupo profesional, se conformaba, en general, por médicos que aspiraban pertenecer a la Academia Nacional de Medicina, algunos egresados de la UNAM, que desde la década de los 80 venían ocupando puestos clave en la Secretaría de Salud y en las Instituciones de Seguridad Social, así como por médicos-salubristas vinculados con el Instituto Nacional de Salud Pública y otros profesionales que contaban con maestrías y doctorados cursados en universidades inglesas y norteamericanas, en sistemas de salud y en economía de la salud, o que trabajaban como epidemiólogos.

Desde 1983, a través de sus vínculos con el PRI y legitimados por sus credenciales de especialistas, más que como técnicos-operativos, pasaron a competir con los salubristas incrustados en las instituciones públicas para ocupar cargos ejecutivos en las principales instituciones del sector salud. Un segmento importante de ese grupo se congregó alrededor del Dr. Soberón y se organizó en un “*think tank*”, la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud), financiada con recursos de la iniciativa privada nacional e internacional y del Estado.

La falta de unidad y de organicidad de los salubristas como grupo dificulta mucho su recuperación empírica, en especial en una coyuntura de redefinición de la propia ideología del Estado y de diversificación de los proyectos político-económicos. La estrategia que usamos fue múltiple y cambió con el grupo y con el desarrollo de la propia reforma. Cuando se trataba de salubristas vinculados al PRI, instancia que le daba organicidad y que los relacionaba con otros sectores, consideramos algunas líneas ideológicas que sobrepasaban al Partido y al régimen (nacionalismo, desarrollismo), y a la Sociedad Mexicana de Salud Pública, una instancia gremial importante de impulso de la identidad profesional de los salubristas y de sus vínculos políticos, al igual que de los puestos técnico administrativos en la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Cuando se trata de salubristas de izquierda vinculados al PRD, consideramos también la alianza estratégica establecida entre el grupo de la UAM-Xochimilco con el exdirector del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Licenciado García Sainz, histórico opositor a la corriente monetarista de Hacienda estructurada en la década de los setenta, y quien, en cierta medida, estuvo al frente de las oposiciones a las reformas neoliberales y fue conocido por estar relacionado con la corriente estructuralista (Basáñez, 1996: 82-85).

La Dra. Laurell y el Lic. García Sainz, ambos líderes destacados en sus ámbitos de acción, actuaron como representantes públicos del PRD en el debate en torno a la reforma del sector salud, a pesar de que no representaban todas las visiones y corrientes que existían dentro del Partido, las cuales no se habían constituido hasta entonces en cuadros políticos. Por supuesto, los dos estaban en contacto con parlamentarios del PRD, con las corrientes y grupos del Partido, con los trabajadores del IMSS y de la SSA. La Dra. Laurell, además, estaba en contacto con investigadores de Medicina Social de la UAM-Xochimilco y, en menor medida, con otros centros de investigación, pero que no conformaban necesariamente una red en sí, a diferencia de los neosalubristas.

Para efecto de recuperación empírica de los neosalubristas, me referiré todo el tiempo a algunos de sus miembros con cierto liderazgo. Éstos son, en general, profesionales vinculados con las elites que contaban con recursos para su formación, así como con contactos políticos que los favorecían. Entre ellos se destaca Julio Frenk Mora, quien fue director del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud

Pública y de Funsalud, alto funcionario en la Organización Mundial de la Salud y Secretario de Salud en el gobierno de Vicente Fox (2000-2006). Frenk compitió, además, por la dirección de la Organización Mundial de la Salud con el apoyo de Estados Unidos de América, pero perdió. También sobresale Jaime Sepúlveda Amor, quien, a su vez, fue director General de Epidemiología (1985-1991), fundador y creador de la Coordinación Nacional de Control y Prevención del SIDA (1986-1994), subsecretario de salud entre 1991 y 1994, y director del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), desde donde buscó ser electo para la dirección de la Organización Panamericana de Salud durante el período iniciado en 2002, pero perdió con la candidata de Argentina. Respondió por la coordinación de los Institutos Nacionales de la Secretaría de Salud en el período de gobierno del presidente Fox.

Por otro lado destaca José Luis Bobadilla, quien fue director del Centro de Investigación en Sistemas de Salud cuando se creó el INSP, tuvo que ver con el Banco Mundial en 1992, incorporándose al grupo de trabajo que produjo el informe sobre el Desarrollo Mundial que llevó como título “Invertir en Salud”. Después pasó al BID, y murió de forma trágica en una misión oficial. También está Enrique Ruelas, quien fue director de la Escuela de Salud Pública (1987-1989) y respondió por los programas de calidad del sector salud. Ruelas fue fundador y presidente ejecutivo de Qualimed, S.A (1995-octubre de 2000), presidente fundador de la Sociedad Internacional de Calidad de la Atención a la Salud (1993-1995), y presidente fundador de la Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud (1992-1994), y en el gobierno del presidente Fox, respondió por la Dirección de Calidad en la Secretaría de Salud.

Otro conjunto de investigadores se congregó alrededor de ese núcleo, formando una constelación de seguidores con una relación de dependencia y de favores hacia los primeros, y los cuales fueron intercambiando puestos administrativos, de asesoría y de investigación en el INSP, en la Secretaría de Salud, en el IMSS, en Funsalud y en órganos internacionales, acompañando el movimiento de sus líderes o adhiriéndose a otros según las conveniencias del momento. En la mayoría de los casos transitaban entre la investigación y la ocupación de un cargo público. En pocas palabras, se trata de actores dinámicos, constructores de realidad social por medio de su acción individual y colectiva en el ámbito

profesional, a quienes tomo en cuenta por sus orientaciones ideológicas, por sus conexiones con el Estado y por sus interacciones sociales en el campo de la política. Como recurso analítico, en el cuadro 1 sintetizo sus principales características como se presentaron al final de la década de los 80:

CUADRO 1: ELEMENTOS BÁSICOS DE CARACTERIZACIÓN DE LOS ACTORES

Actores	Identidad	Actividad	Organización operativa	Organización articuladora	Línea de conducción
salubristas	Salud como un bien realizado por el Estado	Funcionarios altos-medios Investigadores	Sociedad Nacional de Salud Pública Centros Universitarios de Investigación	PRI PRD	Sus propios grupos
neosalubristas	Salud un bien escaso que requiere del Estado como regulador	Investigadores	Instituto Nacional de Salud Pública Academia de Medicina	Funsalud Fundaciones privadas internacionales	Banco Mundial

Fuente: Elaboración propia.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. OBJETIVO GENERAL

Esta investigación tiene como objetivo general describir, analizar e interpretar la reforma del sector salud como parte de una política que busca reorganizar el acceso al sistema de salud para garantizar la cobertura de los servicios y bienes de dicho sector de forma equitativa a partir de las propuestas, interacciones y acción de diferentes grupos de salubristas con el fin de hacer valer sus proyectos técnico-asistenciales como política oficial de salud.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En consecuencia, son objetivos específicos el describir, identificar y analizar lo siguiente:

- Los proyectos técnico-asistenciales de los actores investigados en función de los vínculos entre la política de acceso, la organización del sistema y del modelo de atención.
- Las diferencias, los puntos de fricción y de consenso entre los proyectos.
- Los recursos de poder de los actores investigados: trayectorias y organizaciones.
- Las interacciones y alianzas que establecen los actores investigados entre sí y con otros actores en función de sus características, trayectorias, organizaciones, proyectos y visión de futuro.
- Los cambios introducidos en la organización del sistema y del modelo de atención en función del acceso y de la cobertura y distribución de los servicios y bienes de salud.

4. LOS INTERROGANTES EMPÍRICOS Y TEÓRICOS

A partir de lo expuesto con anterioridad, y con el propósito de delimitar el ámbito y la problemática de la investigación, se planteara un conjunto de preguntas orientadoras de la investigación y de su trabajo de campo. Éstas se refieren al proyecto técnico-asistencial de los actores, al proceso mismo de reforma y propuestas para dar respuesta a la cuestión del acceso y cobertura del sistema de salud, y a las interacciones y acciones de los actores con otros actores y con el Estado para controlar ideológicamente y conducir la política de salud.

Las preguntas de investigación se referirán a la disyuntiva que la reforma estableció en relación con la reorganización institución y del modelo de atención para mejorar el acceso y de la cobertura con base en el principio de equidad en lugar del de universalidad; más específicamente, en torno a la propia configuración sectorial y a la organización del modelo asistencial en lo que respecta a las modalidades de acceso, de cobertura y provisión y distribución de servicios en el sector privado y público, así como de las estrategias políticas para su puesta en práctica en términos de construcción de bases de apoyo.

Desde los años setenta, existía un amplio debate en el sector que cuestionaba la baja y desigual cobertura de las instituciones de salud, la medicalización de los problemas sociales por las instituciones de salud, la baja efectividad del modelo de atención y la falta de participación de los sujetos de las políticas en su diseño y en la toma de decisión. En

dicho debate había un consenso en torno a la necesidad de garantizar la universalidad de la atención a toda la población como parte del proyecto social del Estado mexicano; sin embargo, existían divergencias en relación a las estrategias de política que le daban efectividad a esa meta política.

Lo novedoso de este debate en las dos décadas siguientes fue el cuestionamiento de la hegemonía del sector público entendida como conducción ideológica del desarrollo del sector en dirección a una universalización y, por consiguiente, del predominio de las instituciones públicas sobre las privadas en la prestación de servicios de salud y en la gestión de la seguridad social y del sector salud. La capacidad del Estado para producir justicia social se puso en jaque, y, gradualmente, el mercado, entendido muchas veces como parte de la sociedad civil, fue ganando importancia como ámbito creador de riqueza y como potencializador de beneficios, de calidad, de eficiencia y de democracia. En el debate, la cuestión del déficit financiero y de cobertura existente, y los altos costos del modelo médico fueron vinculados con la mala gestión del Estado, y se argumentó sobre la disfuncionalidad y el agotamiento del marco institucional fundador del sector salud y de la seguridad social, basado en el intervencionismo del Estado en la economía, el bienestar social y la estabilidad política. El cambio de modelo surgió entonces como algo urgente e irreversible.

¿Por qué surge un grupo de salubristas vinculados con el PRI que cuestiona los fundamentos de la política de universalización de la cobertura que hasta entonces había orientado las acciones en el sector? ¿Por qué están en contra de la universalización y qué relación guardan con el acceso y la cobertura de los servicios de salud? Y ¿qué están proponiendo en su lugar y cuál es el efecto esperado? ¿Cómo reaccionan el salubrismo dominante y el de izquierda? ¿Qué proponen y qué hacen? ¿Qué fuerzas sociales y políticas sustentan las propuestas y cómo las articulan?

Responder estas preguntas debe permitir, por un lado, entender los nexos entre las políticas de ajuste macroeconómicas del Fondo Monetario y la reforma del sector salud en México en un contexto nacional de presión social, política, económica, demográfica y epidemiológica; en particular, entender cómo los factores internacionales o internos interfieren en la puesta en práctica de la reforma; identificar la pluralidad de proyectos para

el sector con distintas concepciones de justicia social y describir y analizar el alcance de las propuestas puestas en práctica en el ámbito de la reforma, tanto en el plano organizacional como en el del modelo de atención para garantizar el acceso y la cobertura de los servicios de salud. Asimismo, todo esto debe permitir indicar qué tanto las propuestas en debate innovan y rompen o no con las orientaciones de políticas de salud hasta entonces dominantes en relación a la garantía del acceso universal a los servicios de salud como parte de un proyecto social y político del Estado mexicano.

Un segundo grupo de interrogantes se organiza en torno a los vínculos establecidos entre los salubristas y las fuerzas sociales y políticas en el contexto de la reforma. El propósito es evidenciar los nexos entre los salubristas y los proyectos hegemónicos y contra-hegemónicos del Estado mexicano, así como con los actores de dentro y fuera de la estructura de poder sectorial. De este modo, se podrán comprender los nexos entre la política económica y el sector salud, entre especialistas y política, y el lugar que la salud de los pobres ocupa en el proyecto social del Estado mexicano y de los grupos de poder investigados.

¿Cómo es que los actores analizados se ubican en el sector salud y frente a la reforma? ¿A través de qué mecanismos aseguran su participación en los acuerdos? Estos mecanismos ¿resultan innovadores respecto a las prácticas corporativas? ¿Qué han hecho para incidir en la toma de decisión sectorial y qué efecto producen en relación con el acceso y cobertura de los servicios? ¿En qué ámbito operan y quiénes son sus interlocutores? ¿Qué actores fueron considerados como aliados, opositores o indefinidos?, ¿en qué situación y por qué? ¿Qué tipo de cooperación establecen con los grupos sociales y fuerzas políticas? ¿Cuál es el motivo de esta cooperación?

5. HIPÓTESIS

El trabajo de investigación en cuestión se plantea en torno a un conjunto de preguntas vinculadas entre sí que contemplan dimensiones respecto al proceso de transformación de las instituciones del sector salud y de conformación de nuevas relaciones sociales, políticas, económicas y prácticas de poder, institucionalizadas alrededor del proceso salud-enfermedad-atención, para permitir la puesta en práctica de una nueva orientación en la

política de acceso y de cobertura de los servicios de salud. Por lo tanto, se refiere también a las transformaciones en la configuración del sector y en el modelo de atención.

Una de las cuestiones a la que nos enfrentamos es la que se refiere a la clara diferenciación existente entre los salubristas priístas en torno a la dimensión que debe de tener el sector público y el sector privado, la cual se refleja en sus ideologías, concepciones, propuestas y acciones respecto a la garantía de acceso y cobertura a los servicios de salud. Pero, ¿qué entendemos con ello en términos del mejoramiento de las condiciones de acceso y de cobertura y ruptura de una estructura de poder que asumió de forma jerarquizada el compromiso de garantizar el acceso a los servicios de salud como parte del proyecto social para la expansión de la seguridad social y de los servicios asistenciales de la SSA? ¿Cuáles son las posibilidades para la construcción de un nuevo compromiso basado en el derecho social?

El surgimiento de un grupo de salubristas dentro del PRI, identificados con una propuesta de organización del sistema de salud que permitiera el desarrollo del sector privado, expresa no sólo que ellos actuaron en función de las posibilidades futuras de expansión de los mercados privados en salud debido al propio desarrollo logrado por México, sino también que se sentían respaldados por fuerzas políticas internas del régimen interesadas en una renovación de la matriz de poder del régimen priísta que permitiera una nueva rearticulación de la economía con la política. La subordinación de los neosalubristas al sistema político explica, en cierta medida, las dificultades para la puesta en práctica de la reforma, sus interrupciones y estrategias fragmentadas y la continuidad de determinadas orientaciones de política de salud. Por más que los neosalubristas se presentaron y definieron como autónomos, independientes del Estado, no se desempeñan como un actor autónomo capaz de desafiar el marco general fijado por la estructura de poder del Estado mexicano del que forman parte. Por el contrario, se apoyan los recursos de poder del régimen y lo reproducen en cierta medida aunque introducen pequeños cambios.

En cierta medida, cuando la izquierda salubrista abrazó el proyecto de conquista de poder del PRD a través de la vía electoral, dio paso a actuar en el marco general fijado por las relaciones de poder institucionalizadas en las instancias estatales de salud y, particularmente, de la seguridad social de la que forman parte las relaciones corporativas y

de clientela. Los actores analizados no fueron capaces de establecer relaciones autónomas fuera del marco históricamente institucionalizado, ya sea con el sector empresarial, como planteaban los neosalubristas, o con el obrero-popular en el caso del PRD. El refrendar estas relaciones nos da noticia del alcance de la reforma en términos de ruptura de un sistema cuyo acceso y cobertura está determinado por una situación de privilegio y de poder de pago.

Aunque la reforma deba ser analizada como una propuesta que busca redefinir los marcos institucionales de la actuación del Estado en el sector salud, y los compromisos políticos con determinados actores que toman expresión a través de la existencia de instituciones públicas de salud –redefinición que, por supuesto, es política–, fue impulsada por el Estado con el apoyo y colaboración de fuerzas amparadas por las instancias estatales respaldadas por el PRI. En este sentido, el Estado siguió siendo un espacio de enfrentamiento político entre los grupos de poder.

La mayor presencia de los neosalubristas en las instancias públicas debe referirse a las necesidades de ajustar el proyecto social del Estado mexicano, en el área de la salud, al proyecto económico de desarrollo que privilegia el mercado y el desarrollo de los intereses del sector privado y del complejo médico-industrial, intereses estos no ajenos a las políticas de salud dominantes en México. Es a partir de esto que plantean y construyen sus propias propuestas y alianzas con las fuerzas políticas y los grupos de interés.

En este sentido, considero que los cambios en la estructura de poder surgen dentro de la sociedad civil, en general como demandas de modificación de relaciones de poder institucionalizadas para defender intereses sin representación, pues en la teoría de la acción colectiva, la identidad es propiedad del reclamante. Buscaré demostrar que la reforma no introduce rupturas en ese sentido pero sí reorientaciones que son expresión del reacomodo de los mismos grupos en el poder. Esto quiere decir que la reforma se negocia entre los actores que siempre mantuvieron el control sobre el sector, bajo los mismos esquemas de intermediación de intereses.

6. CONCEPTOS Y ALGUNAS IDEAS QUE ORIENTAN EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

6.1. CONCEPTOS

a) La Salud y la enfermedad como construcción social

Para efecto de esta investigación, la salud será tratada como parte de un *proceso continuo* y relacional en el que también tiene su parte el concepto de enfermedad (Valpardo y Corella, 2001: 1). Como fenómenos biológicos, salud y enfermedad son parte sustantiva de la vida humana antes que ser objeto de la medicina y de las políticas del Estado, pero también son un fenómeno social debido a que, en torno a los problemas de salud-enfermedad-atención, los conjuntos sociales construyen explicaciones, elaboran técnicas, acciones e ideologías para enfrentar, convivir y-o aceptar los padecimientos (Menéndez, 1990). O como expresó Freidson (1973: 212): “Si bien la enfermedad puede estar allí, es lo que nosotros, en tanto seres sociales, pensamos y hacemos con ella lo que determina el contenido de nuestras vidas”.

Además, tanto la salud como la enfermedad son conceptos relacionales, pues están vinculados y son expresión biológica en los individuos de la interacción entre el grupo social y el medio. Citando a Valpardo y a Corella, (2001: 1): “es ésta una relación en la que inciden la estructura socioeconómica, los estilos de vida, el medio ambiente, la biología, los apoyos técnicos y sociales, y los servicios sanitarios”.

En este sentido, las ideas sobre salud y enfermedad, diferentes a los fenómenos biológicos en sí, son construcciones sociales, al igual que la forma cómo los grupos sociales responden a ellas. En estos términos, la enfermedad biológica, independientemente de su existencia como tal, se define socialmente y se circunscribe mediante actos sociales que la condicionan en función de la estructura social, de las ideologías, de los recursos médico-sanitarios y de las experiencias concretas de los actores en un contexto dado. Es decir que, no todos perciben de la misma manera la salud y la enfermedad ni las tratan o solucionan bajo las mismas teorías o ideas.

Sin embargo, cualquier principio curativo, ya sea el propio de los médicos o el de una persona común, incluye los mismos rasgos estructurales: una definición de qué son salud y enfermedad, técnicas de curación, curadores, transmisión de conocimiento y un elemento de coerción que vincula a los curadores con los enfermos. Todos estos cobran una nueva significación en función del contexto histórico que refleja las orientaciones

ideológicas y el contexto social-cultural (Menéndez, 1990). En consecuencia, pueden ser tratados como una unidad de reproducción de las relaciones de poder, lo que podría expresar, incluso, de distinta manera, la configuración del perfil de morbilidad y mortalidad, y la estructura, desarrollo y capacidad de acción de los sistemas de salud.

b) El acceso como categoría del análisis de los sistemas de salud

Por acceso se entenderá la capacidad de entrar en contacto con las instituciones, programas y acciones sanitarias y sociales dirigidas a satisfacer las necesidades de salud, percibidas y no percibidas, de la población.

La garantía del acceso a los servicios de salud es parte de las políticas sociales, y, como cualquier política social, está regida por un principio de justicia social que permite actuar sobre el uso y la distribución desigual de los servicios y recursos de salud para hacer frente a las desigualdades que la economía de mercado genera. En consecuencia, las condiciones de vida de la población y de desigualdad social deberían mejorar frente al proceso salud-enfermedad-atención, permitiendo que la ciudadanía tome parte en las obligaciones del Estado frente a los ciudadanos que sufren necesidades y riesgos específicos propios de la sociedad de mercado. De ahí que la garantía de acceso al servicio deba ser independiente del poder de pago, quedando fuera del mercado, el cual sólo garantiza el acceso a quienes pueden pagar.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001: 11), para que se pueda tener acceso al servicio de salud deben darse dos condiciones:

- 1) El individuo que tiene necesidad de salud debe poseer los medios para entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de su necesidad.
- 2) Los mecanismos de satisfacción deben proveer el servicio requerido o garantizar la existencia del bien (disponibilidad), de su entrega (aceptabilidad) y de la disponibilidad física del mismo (accesibilidad).

De acuerdo con Wallace y Enrique-Haass (2001), “primero deben de existir los servicios necesarios (disponibilidad); luego, las personas tienen que tener medios para

utilizar los servicios (accesibilidad) y, finalmente, los servicios deben responder a las necesidades y valores de los usuarios, de manera que los motiven a utilizarlos apropiada y dignamente (aceptabilidad)”.

En consecuencia, la OPS y la OMS definen como dimensiones que operan sobre el acceso: a) la geográfica o la distancia a los servicios; b) la económica, tanto en relación con el pago por el servicio como todos los gastos que involucra llegar hasta el servicio; c) la psicológica, que se expresa en la percepción de la necesidad de ir a buscar servicios de salud; d) la cultural, esto es, la distancia cultural entre el enfermo y el prestador; y e) la política en términos de democratización.

En este sentido, las políticas de acceso para efecto de esta investigación serán definidas como el conjunto organizado de conductas y acciones llevadas a cabo por las instituciones públicas de salud con el fin de permitir que los recursos y servicios de salud puedan satisfacer las necesidades en salud estando al alcance de todos, independientemente de la capacidad de pago. Esta política (la garantía de acceso) forma parte de la meta de garantizar salud para todos dentro de un marco de reconocimiento de ésta como un derecho social con el que se actúe sobre las desigualdades sociales que deja vulnerables a grupos sociales frente al proceso salud-enfermedad-atención.

c) La política de salud como una política social

Las políticas de salud propias del siglo XX son parte de las políticas con las que el Estado responde de forma colectiva a los problemas sociales, en especial aquellos que no pueden ser enfrentados por los individuos con sus propios medios. Aun cuando encontramos en la literatura especializada referencias a diversas acciones llevadas a cabo por las sociedades para mitigar la situación de salud producida por la pobreza y la necesidad extrema, las bases de las políticas de salud como parte de las políticas del Estado se establecieron con el advenimiento de la sociedad industrial y con la expansión de la clase trabajadora en el marco creciente de restricciones a la acción de las formas sociales intermedias, responsables hasta entonces de la cohesión social (familia, comunidad, Iglesia) para atender las nuevas necesidades de seguridad de los individuos bajo un intenso conflicto de clases y de lucha social. En ese contexto, no sólo la salud sino también la

enfermedad pasaron a ser un problema de orden colectivo puesto que el Estado tomó a su cargo la intervención y la regulación sobre los problemas sociales que inciden en las condiciones de vida, salud y reproducción de la vida en los distintos sectores sociales.

Aunque existen diferentes modelos de políticas sociales que acompañan las distintas ideologías que dan sentido al quehacer del Estado en el campo social, la literatura especializada reconoce que, desde el punto de vista de nacimiento, estructura y puesta en marcha, las políticas sociales estuvieron vinculadas con dos grandes tradiciones o arquitecturas intelectuales de regulación social, ambas basadas en la obligación moral de la sociedad para con cada uno de sus miembros: el modelo Bismarck para los trabajadores asalariados, el cual surge en Alemania, basado en la idea de un seguro obligatorio que depende de la aportación de cada quien para hacer frente a los riesgos de la existencia de enfermedades, desocupación, jubilación, invalidez, etcétera; y el Beveridge, surgido en Inglaterra después de la Segunda Guerra Mundial, asentado en la idea de un derecho garantizado con recursos públicos, que se realiza a través de un sistema universal de provisión de servicios sociales. Ambas tradiciones están encuadradas en el concepto de Estado nación y se basan en una concepción de derecho y en un principio de solidaridad y de responsabilidad individual compartida.

La tradición bismarckiana se refiere al modelo de seguro social instaurado en Alemania a finales del siglo XIX por Bismarck, en la década de los 80 (contra la enfermedad, en 1883, contra accidentes de trabajo, en 1884, y contra la vejez e invalidez, en 1889). Estas intervenciones fueron dirigidas al sector obrero y significaron una forma de intervención pública claramente distinta de la asistencial, dando inicio con ello a la política social moderna en un contexto político conservador.

El modelo de política de bienestar propio de esta tradición se basa en el concepto de seguridad social obligatoria, la cual reparte los costos de los riesgos sociales entre la colectividad, imponiendo cotizaciones a los patrones y a los trabajadores para construir un fondo dirigido a proteger individualmente a los trabajadores y a sus familias de sucesos no previstos que pueden conducir a la pobreza o a la marginación social. Esto es, “una póliza de seguro que promete compensaciones proporcionales a las necesidades individuales, no al monto de cuotas pagadas por cada uno” (Bauman, 1999: 73).

Este modelo de seguridad social –también conocido como adquisitivo o meritario, con sus matices–, se estructura en torno al concepto de riesgo que, de acuerdo con Rosanvalon (1995: 24-25), remite a un conjunto de problemas diferentes repartidos por igual, unificados por medio de la dimensión probabilística y aleatoria: enfermedades, desempleo, vejez, etcétera. Por consiguiente, argumenta que el sistema de seguridad social es un contrato colectivo en el que los ciudadanos y el Estado están igualmente implicados dado el aporte de cada uno para el bienestar de la colectividad.

La tradición que parte del informe inglés de Sir William Beveridge, a comienzos de la década de los 40, estuvo fuertemente influenciada por la experiencia de la guerra y por el pensamiento de Keynes, y fue moldeado por la confrontación entre el pensamiento económico liberal y el socialismo.¹

Navarro presenta a Beveridge como un empresario liberal, conservador y con posturas antisindicales, que apostaba a los derechos liberales de los individuos, reconociendo que no todos los gozaban, por lo que era necesario garantizar esos derechos para todas las personas. Además, Beveridge creía que los medios y la voluntad de usar esa libertad tenían que ser garantizados por la ley. De acuerdo con Rosanvalon (1995: 59), la guerra tuvo un papel importante en el pensamiento de Beveridge como un elemento de equivalencia: “todas las vidas tienen un mismo peso y puede exigirse de la misma manera el sacrificio de cada uno”. Una sociedad de pleno empleo era la condición necesaria para generar los recursos con el fin de establecer una red de protección para todos frente a los infortunios (Bauman, 1999: 77).

Las formas de concretar e implantar estas dos tradiciones variaron según el contexto cultural ideológico, las estructuras de integración social y política, y el propio desarrollo del mercado. Sin embargo, en todas está presente la acción colectiva del Estado en la organización y puesta en práctica de políticas de salud, con diferentes grados de participación del Estado y del mercado en la oferta de servicios. La acción colectiva del Estado pretende alterar los resultados adversos provocados por el mercado, de ahí que se plantee que las políticas de salud determinan una relación entre el Estado y el mercado.

¹ De acuerdo con Navarro (1995) el plan Beveridge fue una respuesta al plan universalista del ala izquierda del Partido Laborista junto con los sindicatos, inspirada en los trabajos del socialdemócrata Harold Laski, quien más tarde fundó la London School of Economics.

d) Estado de bienestar

Conuerdo con la definición de Hintze (2000: 16) sobre el Estado de bienestar social como “la forma específica en que el capitalismo en el siglo XX construye en Europa principalmente la cuestión social y actúa sobre las contradicciones sociales que le son inherentes”.

Se consideran políticas de bienestar aquellas con las que el Estado asegura a los ciudadanos condiciones mínimas de bienestar, sobre todo cuando éstos no pueden acceder a esas condiciones por sus propios medios.

La reformulación del modelo bismarkiano tras la experiencia de la guerra posibilitó un avance para la consolidación del Estado providencial, entendido como un compromiso entre capitalismo (mercado) y democracia, y entre la lógica de la seguridad social y la acumulación, amparado sobre la base de los principios de universalidad, uniformidad y de unidad de protección social como derecho social (Gordon: 2000). Este modelo, de acuerdo con Bauman (1999: 73), “supone la igualdad de necesidades, equilibrando las desigualdades existentes en cuanto a capacidad de pago”. Esta vertiente, conocida también como liberalismo social, se estructuró en torno a la idea de que todos tenían derecho a una vida digna, independientemente del aporte de cada uno a la riqueza nacional, y comenzó a tomar forma después de la Segunda Guerra Mundial, suponiendo la aceptación de la intervención del Estado en el mercado para garantizar una provisión estándar de bienestar para todos los ciudadanos. Algunos autores interpretan esta corriente como una tercera vía alterna de desarrollo democrático entre el comunismo y las experiencias autoritarias de Alemania e Italia (Montoro-Romero y Montoro-Romero: 1996).

Marshall sistematizó esta tradición en el concepto de ciudadanía social, que implica tanto las obligaciones como los derechos sociales que adquieren un individuo y su familia por el sólo hecho de pertenecer a un conjunto poblacional circunscrito a un territorio delimitado por un Estado-nación. Para Marshall, la ciudadanía como concepto y como realidad funciona como un principio de igualdad, en oposición al concepto de clases que se estructura a través de la desigualdad.

e) Sector salud

Por sector salud se entienden todas las funciones y actividades institucionalizadas que se llevan a cabo en el seno de la sociedad con el propósito declarado de influir benéficamente en el desarrollo de la salud, tanto si se trata de intervenciones de carácter público como privado, individuales o colectivas, dirigidas a la cura de las enfermedades, o bien, para promover la salud o prevenir la enfermedad.

A la dimensión organizacional-institucional de esas actividades también se le conoce como Sistemas de Salud, tanto públicos como privados, alternativos y culturales. En cierta medida, los sistemas de salud son resultado de las políticas de salud llevadas a cabo en cada país.

f) Sanidad pública o sistema público de salud

Es preciso tomar en cuenta que las organizaciones públicas de salud, como parte de la política social del Estado, se dirigen a proteger y promover la salud colectiva actuando sobre la comunidad y el ambiente, prestando servicios individuales y colectivos. Su principal función, de acuerdo con la OPS y la OMS (2001: 10) “es garantizar que las personas puedan satisfacer sus necesidades percibidas y no percibidas de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad, sin importar su capacidad de pago”.

Las acciones del Estado en el campo de la salud se constituyeron a partir del reconocimiento de la existencia de procesos y problemas colectivos de enfermedad que no pueden ser resueltos en el nivel de los individuos y que, de no hacerles frente, podrían poner en riesgo el propio orden social y económico (Menéndez, 1992a, Homedes N. y Ugalde A., 2002: 55). Estas acciones se llevaron a cabo a partir del saber biomédico y sus diversas teorías, desarrolladas de acuerdo con las ideologías, las circunstancias naturales, geográficas, climatológicas, económicas, políticas, intelectuales y morales de cada nación y período histórico, expresadas en diferentes estrategias de profilaxis y de tratamientos (Menéndez, 1992a, Val-pardo y Corella, 2001: 3).

Menéndez (1992a: 105) ha llamado la atención sobre las limitantes de las acciones de salud pública sustentadas en el saber biomédico. Para este autor, el saber médico “se constituye a partir de la enfermedad como entidad genérica natural”, convirtiéndolo en una

limitante para operar sobre las dimensiones sociales, culturales y políticas presentes en el proceso salud-enfermedad-atención. Esta forma de entender la salud pública como parte del saber médico nos permite comprender, en cierta medida, la continuidad de ciertas visiones, acciones y retrocesos de las acciones dictadas por factores político-ideológicos.

De cualquier modo, las acciones de salud llevadas a cabo, ya sea a partir de la medicina privada o de salubridad pública, entendidos como campo asistencial y tecnológico, fueron estructurados a partir de un saber científico especializado: el saber biomédico.

La diferencia entre el ejercicio de la medicina privada y el de la salud pública estriba en que la acción de la primera es de naturaleza asistencial, centrada en la recuperación del organismo enfermo-individual (el cuerpo biológico) de la persona que siente su salud perdida; y, en general, sus acciones pueden ser operadas tanto por el Estado como por el sector privado.

Las acciones de salud pública, propias de la sanidad pública, son de carácter colectivo y parten de la aceptación social de que la salud es un bien de los individuos al que todos tienen derecho y que, por lo tanto, merece la protección pública. En este sentido, sus acciones son sobre una colectividad, buscando mejorar las condiciones de vida y de salud en general, aunque esa actuación está, en cierta medida, condicionada por factores estructurales; actúa sobre el medio ambiente físico-social y sobre las personas individualmente, y puede ser operada por grupos de la sociedad civil y por el Estado.

A pesar de que ambas, la medicina y la salud pública, toman la salud y la enfermedad como su objeto, producen cuadros distintos de comprensión teórica y de acción en relación con la dimensión colectiva e individual del proceso salud-enfermedad (Merhy E., 1992). Por un lado, la salud pública se ocupa del mantenimiento de la salud, del bienestar de una comunidad, mientras que la medicina se ocupa del cuerpo enfermo actuando sobre el individuo.

El campo de las acciones colectivas ha pautado una gama de proyectos técnico-asistenciales de organización de la producción de los servicios, que varían tanto en su dimensión asistencial como en la tecnológica. La configuración institucional de esos proyectos en acciones gubernamentales expresan no sólo una cosmovisión científica y

médica de explicación y de práctica de los fenómenos colectivos de enfermedad, sino que también son expresión de intereses socio-económico y cultural-ideológicos.

La importancia del conocimiento biomédico para “sistemas de cuidados médicos a la salud” es innegable, no sólo debido a sus avances tecnológicos que sugirieron una gama enorme de posibilidades, sino también por las fuerzas que lo sostienen, ya sean de naturaleza científico-económica o política. El conocimiento oriundo de la investigación científica en sí mismo se ha convertido en un campo importante de inversión apoyado por las industrias médicas, universidades, centros de salud, firmas de consultores, así como por científicos, médicos y otros profesionales cuyo éxito económico y financiero va a depender de la maestría con que se manipulan las nuevas tecnologías (Mechanic D. y Rochefort D., 1996). Además, esos autores observan que las poblaciones usuarias de los servicios de salud valoran las tecnologías y creen en su potencial, igual que los profesionales. Éstos le dan la bienvenida al desarrollo tecnológico y creen que así solucionan mejor los problemas de salud. Es importante enfatizar así los vínculos entre la evolución de la medicina y el mercado, dando como resultado la conformación de un complejo médico-industrial.

g) Proyecto técnico-asistencial de los actores

Los proyectos técnico-asistenciales de los actores a ser investigados serán considerados como un elemento de construcción analítica auxiliar en la identificación de un grupo de poder o de una vertiente de lucha en el interior de las instituciones de salud. Los proyectos técnico-asistenciales son los que imprimen a los actores investigados una modalidad específica del quehacer técnico-asistencial y político-social y de acción frente al proceso salud-enfermedad-atención. En este sentido, expresan propuestas que varían en la forma de organización de la producción de los servicios y en la organización de los recursos humanos, físicos y económicos para la atención, siendo proyectos políticos de determinadas fuerzas sociales, y los cuales finalmente confluyen para la conformación de la identidad del grupo, diferenciándose de otros con objetivos similares y medios para obtenerlos (Bolos, 1999).

Como tal, serán tomados en cuanto propuestas de políticas públicas de organización social de las acciones de salud que cristalizan intereses divergentes y expresan los objetivos

que persiguen, actuando como guión para la acción. De este modo, imprimen una identidad al grupo, diferenciándolo de otros con objetivos similares y medios para obtenerlos, estableciendo formas de relación entre sus miembros y con el adversario, esto es, objetivos y modalidades del quehacer social y político en el campo de la salud pública (Bolos, 1999).

De cualquier forma, como proyecto técnico-asistencial contiene las siguientes dimensiones: a) una técnico-científica que actúa como base para la formulación de la dimensión política por medio de la cual se justifica la identificación de los problemas de salud que busca enfrentar, sus prácticas, las indicaciones de cómo están organizadas como servicio, y que también explica quiénes son sus trabajadores y sus usuarios, los recursos de que dispone, etcétera; b) una configuración organizacional-institucional que expresa relaciones de poder y que da sentido a la distribución de los recursos; y c) una ideológica-cultural que expresa una visión del mundo en común en términos de valores e ideas, y la cual permite intervenir (Menéndez 1990; Merhy-Emerson E., 1992).

h) Reforma

La reforma del sector salud será tratada como una política orientada a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones de las principales instituciones públicas de salud con el propósito declarado de romper con el monopolio del Estado en la prestación de servicios y de redefinir las responsabilidades sociales de éste con el fin de lograr un sistema más equitativo en sus prestaciones, eficiente en su gestión y efectivo en sus actuaciones y, con ello, lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. La consideramos como producto de circunstancias históricas, económicas, sociales, políticas, ideológicas y sanitarias que la justifican y viabilizan, impulsada desde el Estado con apoyo de grupos de interés existentes en la sociedad, según las relaciones de fuerza imperantes en México, las estructuras previas de los sistemas de salud, y a partir de las ideas y valores construidos en torno a los beneficios que esa política contempla frente a la situación sanitaria de los conjuntos sociales. Es sobre ese proceso, justamente, que está actuando el nuevo contexto económico internacional marcado por el impacto de los fenómenos de globalización y de redefinición del modelo de desarrollo, cambios de índole

conceptuales en relación con la gestión de los sistemas de salud y con los vínculos entre éstos y el desarrollo socioeconómico y político.

En consecuencia, su proceso es dinámico, nada secuencial y unilineal, y está compuesto de una serie de eventos que, para efecto de análisis, pueden ser decompuestos en: a) identificación de los problemas; b) formulación de la agenda; c) formulación de propuestas de política; d) negociación; e) cambios en la legislación; f) implantación; y g) consolidación de los cambios expresados en una nueva configuración institucional y de orientación de política de salud.

7. MARCO TEÓRICO-ANALÍTICO ORIENTADOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El enfoque analítico a ser puesto en práctica en el presente trabajo debe dar cuenta de dos cuestiones: una, referida a la reforma como una política social que busca gestionar una cuestión social, y la otra, en cuanto a “cuándo” y “cómo” los especialistas, definidos como sujetos sociales constructores de realidades sociales y productos sociales, participan en el proceso de reforma y qué papel juegan en ese proceso.

Como ya se dijo, la salud, la enfermedad y la atención constituyen elementos de la vida social de las distintas comunidades humanas en la medida en que ponen en peligro la continuidad biológica y social de los conjuntos sociales. En consecuencia, como principio interactivo de la vida social con especificidades propias, a través de las mismas se articula un rico tejido social propio de la formación social o contexto histórico en el que tienen lugar (Menéndez, 1996: 230, 1990: 54).

En cualquier sociedad, el conjunto salud-enfermedad-atención como proceso analítico, puede servir de vínculo e interconector entre el nivel individual y el social, y como elemento constitutivo de relaciones sociales presentes en el interior del edificio social, relaciones por las que transitan la acción individual y la colectiva, siempre contextualizadas socio-históricamente.²

La búsqueda de la atención individual ocurre cuando un sujeto, a partir de un conjunto de conocimientos, experiencias y recursos, percibe el cambio de su estado de

² La imagen del edificio social se la debo a Francisco Andrés (1997: 53).

salud y busca ayuda, dando inicio a una cadena de interacciones y transacciones que resultan en relaciones sociales que sustentan prácticas sociales. La otra dimensión importante a ser considerada es cuando una sociedad considera que la salud de sus miembros es importante para su reproducción y existencia; en ese momento, lo que era un problema individual pasa a ser social. Ese cambio enlaza el ámbito individual con el social a través de la dimensión ideológica, haciendo posible el control del individuo en nombre de la reproducción del grupo social.

Lo que aquí me interesa es revisar algunos de los aportes teóricos respecto de la acción del Estado en el proceso salud-enfermedad-atención como parte de una política de protección social, tomando esas acciones como una intersección entre los diferentes grupos sociales y el Estado, o, dicho de otra forma, como resultado de las influencias mutuas entre sociedad, política y mercado, las cuales son expresiones de relaciones sociales diferenciadas. En esencia, esto supone reflexionar acerca de los vínculos existentes entre estructuras sociales y estructuras políticas dominantes, la naturaleza y el sentido de dichas conexiones para las políticas de protección social en salud y el papel que juegan las acciones de los actores en ellas, ya sea para contribuir a la estabilidad y persistencia de las instituciones sociales, o bien, para introducir cambios o rupturas en las mismas, teniendo en cuenta que éstas actúan como reproductoras de relaciones sociales.

7.1. LAS APORTACIONES DE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ESTUDIO DE LA RELACIÓN ESTADO-SOCIEDAD EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

Para realizar el análisis y orientar el trabajo de investigación, apegados a la tradición de las ciencias sociales de valorar las acciones de los actores para explicar la continuidad de las instituciones y el cambio en sí, me apoyo en la sociología de la acción colectiva. En parte, porque son las acciones cotidianas de los individuos las que sostienen las instituciones y las reproducen en la perspectiva de la sociología del sistema social, preocupada por la conservación del orden, de la misma forma en que sus acciones transforman las instituciones en la perspectiva de la sociología de la acción social, la cual percibe los sistemas como derivados de la acción e interacción social (Francisco A., 1997: 57; Bolos, 1999: 25). Asimismo, me apoyo en la literatura que analiza las políticas públicas como

cursos de acción, conformadas por diversos eventos en contextos marcados por relaciones de poder en las que interactúan y se confrontan diferentes actores políticos y sociales involucrados en el debate en torno a una cuestión determinada, con rol y poder diferente, visiones ideológicas y proyectos distintos, y que otorgan a las mismas legitimidad.

Como ya se sabe, los padres de la sociología estuvieron muy ocupados en tratar de entender cómo era posible un orden social; una de las tendencias iniciales del pensamiento sociológico fue la de producir conceptos que permitieran pensar en la integración social y, por supuesto, en la integración social bajo el orden capitalista que estaba surgiendo en Europa después de la revolución industrial. Así, en la sociología clásica, tanto de origen funcionalista como marxista (la cual se encontraba anclada en los problemas que la sociedad europea del siglo XIX confrontaba con el surgimiento de la industria y del Estado moderno), las acciones de los actores se explican por el rol que cada uno cumplía para la integración o desintegración social.

En ambas tradiciones, teniendo presentes sus diferencias, esa forma de acción estaba determinada apriorísticamente en función de modelos abstractos para explicar un orden social donde el imperativo del equilibrio final era un modelo de sociedad racionalmente construido. La sociedad que imperaba sobre la libertad de los actores podía ser primitiva, capitalista, de Estado nación, comunista, etcétera. A partir de esas dos grandes líneas interpretativas, Schmitter (1992) la llamó sociología de los modelos puesto que se proponen interpretaciones de la sociedad como totalidades que se constituyeron en las matrices, a partir de las cuales se vincula la política social con la necesidad de asegurar y garantizar algún orden social.

Talcotte Parsons (1902-1979), por ejemplo, como teórico clave del funcionalismo y dedicado a aspectos micro de la dinámica social, analizó el rol de los médicos como parte de los mecanismos de integración del sistema social. En su modelo analítico, la enfermedad se define como una disfunción que amenaza la cohesión social y la función del médico; definida a partir de su rol para la integración social, se trata de neutralizar las tensiones y los sentimientos negativos que provocan la enfermedad. Desde su perspectiva, las instituciones de salud son un elemento con una funcionalidad relacionada con la estructura moderna en la medida en que actúa para la reconstitución del equilibrio individual roto por

la enfermedad. Esto porque Parsons considera la enfermedad como una categoría social disfuncional dado que deja incapacitados a los individuos para desempeñar sus roles sociales. El papel del médico, analizado según su relación con el enfermo y por su importancia para reconstruir las funciones de normalidad, es la de producir una acción concertada con el paciente, donde uno trata y el otro sigue las orientaciones del médico. La acción concertada presupone la existencia de actores conscientes que comparten valores y que asumen su papel social.

Offe (1990), más próximo a las perspectivas marxistas, también a partir de una visión sistémica de la sociedad, se propone estudiar el funcionamiento del Estado capitalista y sus instrumentos de reproducción, entre ellos, las políticas sociales. En diversas obras interpreta los orígenes de las políticas sociales explicando sus funciones integradoras para el problema estructural de la economía de clase, las cuales tienen que ver con regular quién es o no un asalariado, y, al mismo tiempo, crear las condiciones para la permanencia de éste dentro de la función asalariada y posibilitar la acumulación al rebajar el costo de reproducción del capital, además de integrar al trabajador al sistema capitalista. Para Offe, explicar los orígenes de las políticas sociales es reivindicar la acción activa del Estado en la gestión de la cuestión social, regulando y controlando las relaciones sociales que garantizarán la incorporación de la fuerza de trabajo a la relación salario-trabajo.

En consecuencia, distanciándose del determinismo económico muy presente en los análisis de las políticas sociales, y centrándose en la cuestión social, Offe reconoce que el surgimiento del trabajo asalariado no se explica “sólo por la compulsión silenciosa de las relaciones económicas” (1990: 83), pues dependió también de la acción activa del Estado como sujeto político que participa en la estructuración de procesos sociales que se configuran en relaciones institucionales, construidas y constantemente reconstruidas dentro de una lógica sistémica en torno a la cuestión social que genera la economía capitalista. En su marco analítico, igual al de los nuevos institucionalistas, el Estado es visto como un actor que participa de los procesos de reproducción de las relaciones sociales.

Para Offe (1990: 77), el Estado actúa en respuesta al problema estructural de la economía capitalista que pone en riesgo la cohesión (la legitimidad) y su continuidad histórica (acumulación): es de la tensión existente entre la exigencia de la acumulación

(sostén del modelo económico) y de la libertad de mercado y de legitimidad (sostén de la cohesión social y de los arreglos de poder dominante) de donde surgen las políticas sociales, lo que les da su especificidad en relación a otras políticas del Estado. La existencia de tensión entre la acumulación y la legitimidad lleva al Estado a desarrollar políticas, muchas de ellas respondiendo tanto a la necesidad de proveer el capital como de imponerle restricciones.

Citando al mismo autor, el problema central de la sociología es explicar la “reproducción de una sociedad histórica dada mientras mantiene o altera su identidad” e “identificar las estructuras y mecanismos que engendran su continuidad e identidad, o producen rupturas en dicha continuidad”; es decir, aquello que permite la cohesión y la integración social por medio de las cuales el sistema dado supera o no sus específicos problemas estructurales (Offe, 1990: 76-77).

Offe también se muestra interesado en explicar el desarrollo histórico de los instrumentos e instituciones de política social. El autor argumenta que éstas no son fijas, “sino que se hallan sujetas a un desarrollo e innovación constante” (1990: 88), y que, por lo tanto, se hace necesario explicar también la regularidad de los cambios en su existencia, a lo que él llama “leyes del movimiento” (Offe, 1990: 89). Offe reconoce que los intereses, necesidades y exigencias políticas de los trabajadores se constituyen en una de las fuerzas explicativas de la transformación de las políticas sociales; sin embargo, argumenta que la transformación de esas demandas en políticas está “siempre refractada y mediada por las estructuras internas del sistema político, lo que determina si se reconocen o no como temas merecedores de tratamiento las ‘necesidades’, ya sea por el capital o por el trabajo” (Offe, 1990: 89).

En la literatura especializada vamos a encontrar referencias sobre los arreglos institucionales y políticos, y sus influencias en los resultados finales de iniciativas de política social. En sus investigaciones, Skocpol coloca a las instituciones políticas en el centro de su análisis sobre la política de salud en EE.UU.A. Tomar en cuenta las estructuras y los procesos políticos que tienen lugar en una formación social es un supuesto importante para el análisis de una política social.

Otra fuerza que impulsa cambios en las políticas es la de las propias instituciones de política social en sus perspectivas racionalizadoras administrativas, la cuales suponen, a su vez, “efectos externos” de mayor o menor alcance sobre el nivel de la riqueza y del poder de los grupos sociales. En este sentido, Offe argumenta que ninguna reforma administrativa es solamente eso, pues siempre implica cambios en la calidad de los servicios disponibles, en su accesibilidad para los clientes, etcétera (Offe, 1990: 94). En otras palabras, produce un efecto en las organizaciones, grupos y relaciones sociales.

La tercera fuerza impulsora de cambios en las políticas sociales son las disputas y los conflictos sociales, “para los cuales la política social estatal simplemente establece localización y momento del debate, tema y ‘reglas del juego’”, es decir, define la sustancia del conflicto (Offe, 1990: 95). Offe señala que la situación de conflicto producida por una política social es abierta y ambivalente debido a que “se encuentra determinada por la relación estructural de poder y la constelación de intereses” (Offe, 1990: 95). Sobre esto, Offe va en contra de la sociología de los roles predeterminados de los actores, así como de la que busca eliminar lo social, reemplazándolo por la política, donde la acción es llevada a cabo por actores que juegan y calculan procurando ver la realización de sus intereses y deseos individuales. Esta perspectiva replantea una tendencia dentro de las ciencias sociales centrada en el actor y en su acción, en la que “‘la realidad’ se construye a partir de las definiciones y expectativas del actor”, así como de sus acciones (Menéndez, 1997: 239), y en la que el obrar de los actores integrados en una relación de poder –ya sea de un movimiento social o de un grupo de presión– pasa a ser explicado a partir del conflicto que lo engendra, y sus significados son analizados a partir del propio ámbito del sistema social de la acción (Melucci, 1999: 12).

De manera independiente de los ámbitos o fuerzas que están gestando cambios en la política, los recién mencionados autores se refieren a relaciones de poder que involucran elección y decisión, lo que agrega el componente de indeterminación y contingencia, introduciendo con ello el conflicto, o mejor dicho, la política, como recursos de administración del conflicto. Parafraseando a Mouffe (1998: 140), ninguna esfera es inmune a los conflictos, aunque sea necesario identificar siempre las condiciones y las consecuencias objetivas de las luchas concretas. De ahí que Offe considere que un análisis

sociológico de las políticas sociales debería reconstruir empíricamente la “historia social de efectos” de innovaciones basadas en política social y no en las leyes o en los diseños de las políticas. En consecuencia, el análisis debería generar información sobre el conflicto, los recursos de poder de las clases en términos de la tradición marxista (posición en el proceso de producción), sus estrategias de lucha para obstruir, oponer y apoyar, estableciendo así el marco del poder social. Desde su perspectiva, la cual comparto, las innovaciones o rupturas surgirían del desarrollo del conflicto que proporciona los medios para la acción de los actores y para la toma de decisiones.

Para analizar el conflicto social, Offe (1984: 97) toma en cuenta la asimetría de poder entre el capital y el trabajo, observando que éstos no se encuentran necesariamente en el mismo plano de igualdad, ya sea para organizarse o para actuar. De acuerdo con su visión sistémica, el capitalista ya está organizado a través de su base productiva, a diferencia del trabajador, quien antes de organizarse en un sindicato, forma parte de una organización, que es la propia empresa capitalista. Además, la estructura estatal es una fuente de poder que no es neutral con relación al conflicto de clase. Offe también argumenta que en los Estados capitalistas, los sindicatos son aceptados porque se construyen como un elemento de estabilidad. La cuestión es cuál es el marco institucional dentro del cual los sindicatos estarían autorizados a participar.

En estos términos, la acción social resultante de las relaciones conflictivas entre fuerzas sociales con algún grado de organización, no se da en un campo de batalla vacío de sentido donde los agentes sociales comparecen en posición de igualdad para actuar libremente según su pauta de intereses. Al contrario, operan en el campo social o de las instituciones portadoras de fuerzas sociales y políticas, reglas y valores que limitan y dotan de sentido a la acción. Bajo esa perspectiva, las innovaciones o rupturas surgirán del desarrollo del conflicto que proporciona los medios para el inicio de la acción colectiva o individual y el desarrollo de la misma.

En consecuencia, y apoyándome en Offe y en Melucci, es importante ubicar el origen del conflicto y su naturaleza, y los actores involucrados y reconocidos como adversarios, sean estos individuos o grupos, entendiendo que el concepto de actor es relacional y no estático o predefinido por su rol de agente de una obra colectiva. Esto

obedece a que es en el conflicto donde los actores expresan sus intereses, la visión de lo que colectivamente pretenden para la sociedad y el por qué tratan de influir en las estrategias, programas y acciones de las organizaciones dado que persiguen su permanencia, desarrollo y uso de poder en promoción de estrategias, programas y prácticas, tanto a título individual como colectivo, o de ambos a la vez.

Sobre esta misma línea, la acción adquiere significados distintos cuando se da entre grupos sociales; entre el Estado y grupos sociales; entre actores hacia el interior del Estado, o según el nivel del sistema social al que se orienta o refiere la práctica (Tarrés: 1992: 751). Lo que Touraine busca es diferenciar cuándo es que la acción colectiva se decide por el control de las orientaciones del desarrollo de una sociedad específica (historicidad), lo cual es para él específico de los movimientos sociales, de las otras acciones colectivas que se dan en el marco de las orientaciones existentes, y las cuales, por supuesto, son acciones que implican cambios, de acuerdo a cómo fue que lo matizó Offe, dentro del propio sistema.

Touraine reconoce que uno de los ámbitos del conflicto es el de las organizaciones, y en ese caso, son actores pertenecientes a esas organizaciones los que se enfrentan entre sí para controlarlas o buscar cambiar las reglas y las normas de funcionamiento y de operación. Las organizaciones son las que ponen en práctica las orientaciones de la sociedad en conformidad con las normas y valores consagrados en el sistema político, y son las que constituyen el tercer nivel de ubicación de la acción social.

Cuando el conflicto se refiere al ámbito del sistema político-institucional, los actores son determinados como grupo de presión o fuerzas políticas puesto que se definen en relación con ese ámbito y actúan como representantes de grupos de interés. Éstos, a su vez, se caracterizan por la lógica de los intereses económicos particulares y por la defensa de intereses privados específicos (religiosos, profesionales, y así sucesivamente), del mismo modo en que, por ejemplo, lo hacen las organizaciones sindicales, empresariales y profesionales. Es en ese ámbito donde se procesan los problemas sociales y donde los actores se enfrentan para obtener el control de las organizaciones, luchando entre sí por la dirección de las reglas y normas reconocidas como legítimas, y las cuales rigen el funcionamiento de una sociedad (Touraine, 1987: 75).

En otras palabras, estos enfrentamientos están dirigidos a ejercer una cierta influencia sobre las decisiones que rigen el funcionamiento de una sociedad, y a mejorar su posición relativa en relación con otras fuerzas sociales dentro del sistema de influencia. De ahí que los conflictos tengan lugar en el plano institucional, “pues es ahí donde se determinan las reglas y se toman las decisiones” (Bizberg, 1990: 176). En ese caso, el sistema político es un ámbito de agregación de los grupos a través del conjunto de las instituciones (entre éstas, las que conforman el aparato del Estado) y del sistema parlamentario. Éste es, para Touraine, el ámbito donde se realizan la unificación de la sociedad, sus relaciones y recursos mediante la regulación y la ordenación y elaboración de decisiones sancionadas por una autoridad legítima, y las cuales predeterminan el funcionamiento de las organizaciones. Touraine se refiere, en particular, a las organizaciones legislativas o constitucionales, instituciones que regulan la lucha por el ejercicio del poder, así como los valores que les dan cohesión.

A partir de lo expuesto hasta ahora, se puede decir que es en el nivel del sistema político, el *framework* institucional, donde se conforma la matriz de poder político-institucional resultante de la confluencia entre Estado y sociedad. Ésta (la estructura de poder), históricamente determinada y vivenciada por los actores sociales, influirá en la determinación de los problemas de salud a ser enfrentados y en la dirección del modelo médico bajo el cual procederá la salud pública como institución del Estado que opera sobre la dimensión colectiva de la salud; es ésta la que legitima y determina el grado de autonomía técnico-científica de la salud pública para intervenir en los procesos de salud-enfermedad-atención y en la distribución de los recursos del modelo médico hegemónico. Asimismo, es la que indica cuáles son las organizaciones y quiénes los agentes encargados de dirigir y definir las formas bajo las cuales se prestarán los servicios de salud, es decir, el sistema organizacional que tomará el control, su sistema de autoridad y la manera de organizar el trabajo (más preventivo, más curativo, etcétera).

La resignificación del papel del Estado y de la sociedad en torno al proceso salud-enfermedad-atención implica recomponer las relaciones de poder que se estructuran alrededor del control sobre las actividades teóricas, técnicas y/o ideológicas que posibilitan enfrentar, y, de ser posible, solucionar la problemática de salud-enfermedad-atención. La

acción tiene lugar tanto en el plano institucional como en el organizacional, y lo que está en disputa son los medios materiales y simbólicos que las instituyen y mantienen desde relaciones de poder desiguales, entre las que se debe incluir a las que se refieren a la clase, el género y a los grupos étnicos.

Situar las instituciones de salud en un *framework* institucional permite pensar los límites de su autonomía política con relación al juego generado en su interior, por medio del cual se trata de tomar decisiones, cuestión fundamental en la percepción de la crisis de los Estados de bienestar y de la propia solución de la crisis (Offe, 1992). En palabras de Bolos (115), “por un lado, están presentes las fronteras exteriores que marcan lo que se puede o no decidir, quiénes pueden participar y quiénes no tienen derecho a hacerlo y, por otro, es un sistema con un acceso diferenciado para la participación y para la utilización de los recursos”. En otros términos, hay que considerar las instituciones de salud en su contexto social, político e ideológico “como cristalización de prácticas y espacio de convivencia de diferentes tipos de agentes y actores e intereses” (Salles y Tuirán, 2003: 135). Un cambio en la dirección de una ideología que lleva a la privatización de los servicios de salud, afectaría de forma distinta a los diversos grupos sociales y a los fines del poder institucional, y podría ser obstaculizado tanto por actores internos como externos.

7.2. EL LUGAR DE LOS EXPERTOS EN EL ANÁLISIS DE UNA POLÍTICA SOCIAL

La relación entre los expertos y el Estado ha sido un problema tratado por la sociología anglo-sajona de las profesiones bajo diferentes perspectivas teóricas (véase Freidson, 1986; Abbott, 1988 y Elliot, 1975, por citar a los más conocidos). Del mismo modo, la cuestión en cuanto al papel del conocimiento y de los expertos, de la aplicación del conocimiento en el proceso de las políticas públicas y, de forma más general, del conocimiento y de las ideas en la vida social, han sido objeto de reflexión de los diversos campos de las ciencias sociales desde el momento en que Max Weber incluyó la subjetividad en el proceso histórico al analizar la relación entre la ética protestante y la acumulación capitalista.

Asimismo, la subjetividad está presente en la explicación de la acción social de los individuos, y, de igual manera, se pueden agregar el componente del conocimiento y el de indeterminación y contingencia. A su vez, son cuestiones en el orden del día el fenómeno

de la tecnocracia, del *manager* (Abbott, 1988) y la profesionalización de la toma de decisión frente a la complejidad de las cuestiones sociales.

Además, están las contribuciones de Foucault (1992), de Bourdieu (2000) y su concepto de campo y de capital cultural, así como también el debate sobre los intelectuales y su relación con el poder (Bobbio, 1998). También es preciso mencionar los trabajos de cuño histórico que buscan relacionar la formación del Estado con las profesiones (Reinhard W., 1996).

Resulta incontestable que los expertos aporten conocimiento al poder al interpretar y ordenar los asuntos humanos, y que muchos pensadores busquen en sus análisis sobre las profesiones una alternativa al concepto de clase social para dar cuenta de la especificidad de esa relación, cuestión que aquí nos interesa en particular dado el tema de la presente investigación. Weber ya había reconocido que las profesiones son centrales en el proceso de racionalización al facilitar formas de organización y dominación a través del conocimiento. En esa búsqueda, la noción de poder resulta fundamental para explicar en qué condiciones las profesiones se tornan influyentes en la vida social y en la política, qué se quiere como grupo profesional y qué como actor social. En consecuencia, se requieren posturas analíticas que presenten a los especialistas como seres sociales en interacción con otros cuyo conocimiento elaborado no sea externo a la sociedad a la que pertenecen, lo que aportaría un significado social y sí parte.

Illich (1978), por ejemplo, busca demostrar que el profesionalismo es una de las múltiples formas de control sobre el trabajo, distinguiendo su forma de actuación con relación a los gremios o sindicatos. Para Illich, el poder de una ocupación nace de la lucha sindical y de las huelgas y manifestaciones, mientras que el de una profesión es un privilegio otorgado por las elites cuyos intereses defienden (1978: 14). Freidson también marca una diferencia entre el poder profesional y el de otras ocupaciones. Desde su perspectiva, la cual comparte con Wilensky (1964), es parte del proceso de generación de una profesión la organización de programas de enseñanza que permiten controlar la entrada a la profesión, adquirir un conocimiento específico y un conjunto de valores y actitudes que estandarizan su práctica, y la conformación de organizaciones para proteger el monopolio a través del establecimiento de una legislación favorable.

Por su parte, Abbott (*The System of Professions*) presenta otro tipo de argumentación. Para él, la fuente de poder de los profesionales reposa en su conocimiento abstracto. Freidson concuerda con Abbott, pero relativiza ese poder frente a otros existentes en la sociedad, argumentando que, en la lucha de los profesionales para lograr la “reserva de mercado de trabajo”, el apoyo del Estado es la variable determinante. De acuerdo con Freidson, las profesiones dependen del apoyo del Estado más que de otros medios institucionales para ser legitimadas como expertas, pues los recursos de una profesión (su cuerpo de conocimiento y su calificación, lo que permite la legitimidad instrumental) son relativos frente al poder del capital político o económico que los amenaza en relación a la reserva de mercado.

Como consecuencia de ello, Freidson introduce cierta tensión en las relaciones sociales al reconocer que el poder del experto puede ser puesto en jaque por otros grupos, relativizando el poder otorgado por el conocimiento. De ahí la importancia del apoyo del Estado para la institucionalización de las profesiones y para la creación de mercados, ya sea fuera o dentro del Estado, de su propia naturaleza, de su estructura de poder o de la organización de su quehacer.

De cualquier modo, ambos sitúan el poder del profesional en el rol que ocupa en la sociedad (legitimidad instrumental que permite el dominio profesional), en su capacidad para definir problemas y en demostrar su imparcialidad (legitimidad ideológica). Para la conquista del mercado, que es donde la habilidad conquistada será recompensada y se establecerá la jerarquía, las fuentes de poder dependen de la importancia concedida al servicio ofrecido, de su cercanía a las clases directivas y del grado de rigor y complejidad.

Freidson resalta la importancia de combatir a las ideologías opositoras al profesionalismo, en particular, las posturas generalizadoras que lo perciben como una especialización técnica que implica la pérdida de una capacidad de reflexión más amplia, lo que incapacita para gobernar, así como de la visión que considera que, “a medida que los seres humanos se comprometen con alguna meta –sea la ganancia material o la creación de una nueva sociedad– ellos son capaces de atender ese fin sin depender de la especialización” (150-151). De acuerdo con Freidson, el éxito de los profesionales se alcanza a través de la alianza a una ideología de servicio para garantizar seguridad a los

consumidores (151). Para lograr la premisa de la imparcialidad que garantiza la legitimidad ideológica, se debe tener confianza en la profesión, así como una idea de independencia frente al patrón o la clientela. La confianza es necesaria para que los consumidores se sientan seguros frente a la reserva de mercado de los profesionales, y se alcanza por medio de los códigos de ética y la formación de consejos profesionales que vigilen el desempeño de los profesionistas.

En esta lucha de los profesionistas, se utiliza la ideología del profesionalismo para una acción colectiva, la cual se apoya en los siguientes argumentos: a) atribuyen a su trabajo una importancia para el bien, ya sea para un público más amplio o para una elite, y garantizan una ejecución confiable y satisfactoria puesto que es realizada por gente que sabe lo que está haciendo; b) alegan responder a cuestiones muy complejas que no pueden dejar en manos de cualquiera.

Abbott considera que los profesionales, en su lucha por conquistar el control del mercado de trabajo, se esfuerzan por obtener el reconocimiento público como los únicos y verdaderos expertos en ese campo.

Ahora, si bien el conocimiento abstracto aporta poder y permite la conquista del mercado, Freidson considera que la variable más importante en el proceso de profesionalización es el Estado, es decir, la política. El estudioso reconoce que el Estado puede proveer legitimidad a los profesionales por sus propios intereses o con base en la interacción entre los representantes formales de la ocupación, ya sean organizaciones o individuos. En el último caso, la organización sirve tanto para representar a los profesionales, como para fortalecer una fuente autorizada para el cuerpo especializado de conocimiento y calificación con el que se identifican. Sin embargo, Freidson argumenta que ninguna organización logra representar a toda una categoría profesional y que, frente a la estratificación y divisiones existentes, el Estado tiende a apoyar a las posiciones compatibles con sus políticas (149).

Pero, ¿de qué forma se articula a los profesionales como grupo de poder? Primero, a través del proceso de profesionalización, lo que incluye una socialización propia por medio de la formación especializada, de valores y representaciones compartidos en torno a la profesión, etcétera, pero, principalmente, a través de entidades representativas que se

relacionan de distintas maneras con el Estado, negociando los estatutos de la profesión. Es de esa interacción de donde surge el poder de los profesionales, el cual les permite tener el control en el ámbito de las organizaciones; la naturaleza de dicho control dependerá de cómo es que el Estado hace uso de su poder. En consecuencia, la base de poder de los profesionales se deriva tanto del funcionamiento del mercado (su capacidad), como de sus vínculos con el Estado y con la ideología del mismo.

Freidson señala que, dependiendo de cómo organiza el Estado su quehacer, los profesionales pueden constituirse en un importante actor del Estado, legitimador de sus políticas, al transferir una base de conocimiento científico al proceso de formulación de las políticas. Esto porque ellos se tornan en actor fundamental para la definición de los problemas sociales, de la acción pública y profesional sobre los problemas definidos y para la defensa de las posiciones de monopolio y de autonomía de las profesiones en las organizaciones y en el mercado de servicios profesionales. En este sentido, el ámbito profesional se convierte en escenario político en el que confluye la lucha entre intereses y organizaciones por el dominio de la representación de la profesión y de la definición de ésta y del mercado profesional, indicando la existencia de tensión y fracturas en el mundo de los profesionales como la característica dominante, en lugar de uniformidad y neutralidad, y relativizando el poder de las profesiones en sí mismo.

A partir de lo anterior, y teniendo en cuenta que la investigación en cuestión trata de analizar los alcances de los cambios introducidos por la reforma para quebrar el monopolio del Estado en la garantía del acceso y oferta de servicios de salud, es preciso señalar que fue a partir de la acción social de los salubristas, entendido como grupo profesional, en la estructuración de nuevas relaciones con el Estado y con otros grupos sociales, que éste creció amparado por la expansión de los servicios públicos. Es claro que la investigación busca percibir qué tanto la reforma implica un cambio en el *framework* institucional de las políticas de salud y en la dinámica de articulación de los salubristas como un grupo de poder que creció amparado por el Estado, con el Estado y con otros actores. Es decir que, lo que busca la investigación, es vincular la dimensión *policy* con la *politic*; para ello debe ubicarse el análisis de la acción de los salubristas en función de la estructura social, de las

ideologías y de las experiencias concretas de los actores en cuestión con un poder distinto y en un contexto dado.

A partir de dicho acercamiento, lo que busca esta investigación es situar a los salubristas en las relaciones de poder institucional de las políticas de salud para poder observar cuáles fueron los límites de la legitimidad instrumental de estos profesionales en relación al juego de intereses generado en torno a una decisión. En este sentido, la investigación parte del reconocimiento de que las políticas de salud poseen una dimensión técnico-científica que requiere de un conocimiento específico que expresa no sólo una cosmovisión científica, sino también intereses socio-económico-ideológicos.

Como señala Andrés de Francisco:

El conocimiento de ese marco institucional, su estructura interna, el sistema de relaciones sociales que lo articulan, es un conocimiento imprescindible para entender las propias pautas de acción, las estrategias de los actores, sus incentivos, recursos y constricciones, en definitiva, sus *repertorios* de acción individual y colectiva (1997: 54).

Ahora bien, valiéndome de lo expuesto por Touraine y por Melucci, y citando a Andrés de Francisco (1997: 59), “los individuos actuamos y al actuar, por lo general, perseguimos determinados fines”. Es decir que la acción está orientada a la persecución de objetivos, ya sea de cambio o de mantenimiento del *status quo* o de una visión de justicia social, y para ello los actores ponen en marcha recursos, organizaciones, alianzas y negociaciones. Por supuesto, los recursos de poder dependen de la naturaleza de los actores. En este caso, se trata de un grupo de profesionales que actúa en las instituciones de salud, las cuales operan en función de las ideas, valores y normas reconocidas como legítimas y que rigen el funcionamiento de una sociedad.

8. INDICACIONES METODOLÓGICAS PARA EL TRABAJO DE CAMPO Y ANÁLISIS DEL MATERIAL

En este apartado presento el camino seguido en la investigación, considerando que éste permitirá recuperar la dinámica de la reforma entre 1982 y el 2000, los proyectos técnico-

asistenciales de los salubristas e instituciones y de izquierda, y de los neosalubristas y sus recursos de poder, y, en particular, de las acciones y cambios en la política de salud entre 1994 y el 2000 que afectaron el acceso y la cobertura de los servicios de salud.

El trabajo empírico dio inicio a mediados de 1996, cuando se empezaron a establecer los primeros contactos para las entrevistas, e incluyó las siguientes actividades: a) acercamiento y definición del objeto de investigación; b) elaboración de las guías de las entrevistas semi-estructuradas; c) entrevistas; d) colecta de información escrita; y e) clasificación y fichaje del material de campo.

La fase analítica estuvo constituida por la elaboración del proyecto de investigación y de la bibliografía, e incluyó la definición de categorías a partir de las que se elaboró el guión de las entrevistas, la codificación, descripción y análisis del material de campo.

El trabajo de campo concluyó en el 2000, pero en 2004 se tuvo la oportunidad de realizar otra entrevista, así como de enriquecer la información con prácticas informales con funcionarios de la Secretaría de Salud. Es importante señalar que buena parte de mi trabajo de campo coincidió con el momento en que se hizo pública la propuesta de reforma del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), lo que ocasionó la movilización en su contra de los sindicatos y del PRD. Otro elemento que influyó en el trabajo de campo fue mi situación laboral, cuestión que será tratada más adelante.

8.1. RAZONES DE LA INVESTIGACIÓN

Antes de pasar a la presentación del desarrollo del trabajo de campo, es pertinente dejar en claro por qué fue que realicé ese trabajo y cuáles fueron las modificaciones que éste sufrió a lo largo de su desarrollo. Hacer ese relato permitirá no sólo situar mi observación sino también las propias limitaciones del trabajo, las cuales son mi responsabilidad.

Como ya dije en la Introducción, uno de los móviles de mi investigación fue mi experiencia profesional en Brasil en el sector salud y mis vínculos con el llamado “Movimiento de Reforma Sanitaria”. El grupo de profesionales que afianzaba la propuesta del “Cambio Estructural” en México me resultaba novedoso y desafiante. Además, la propuesta ya había sido programa de gobierno y la discusión de la reforma del sector salud continuaba en el orden del día. Desde luego, quise conocer mejor la propuesta de reforma

planteada por el grupo congregado alrededor del doctor Soberón y su significado en términos de la institucionalización de un sistema de salud capaz de promover los derechos de los ciudadanos. Me interesaba, en particular, la dinámica de negociación con los sindicatos corporativos y advertir si había un vínculo entre la propuesta de crear un Sistema Nacional de Salud de carácter universal y la garantía de los derechos a la salud como parte de la democratización de la sociedad mexicana.

Del mencionado grupo, me llamaba la atención, en especial, la propuesta conceptual de la “Nueva Salud Pública”, que en cierta medida estaba en discusión con los conceptos de salud colectiva y de medicina social que orientaban la teoría y la práctica de muchos centros de investigación en el Continente –en específico en Brasil y en la UAM-Xochimilco–, ambos propuestos para diferenciar el uso tradicional dado a la salud pública en práctica en las instituciones de sus países. Sin embargo, a diferencia de la propuesta de salud colectiva y medicina social, cuyo esfuerzo conceptual fue hecho con miras a rescatar lo social en el análisis y práctica de la salud pública, en el caso de la “nueva salud pública” predominaba una lectura económica y gerencial de los sistemas de salud como negación del carácter “político” del Estado que –como suposición– sesga y dificulta la toma de decisiones “eficientes” y “técnicamente correctas”. La “despolitización” del Estado y de la toma de decisión aparece así como una de las características que deberían de acompañar el proceso de reforma, al contrario de la propuesta de reforma sanitaria de los sanitaristas brasileños, que la asumen como un proceso político a ser negociado entre diversos actores en la esfera pública como parte del proceso de democratización de la sociedad brasileña y de la propia creación de ciudadanos portadores de derecho.

En este sentido, el planteamiento inicial se centraba en un solo actor, aun partiendo del presupuesto de que diversos actores participan del juego social y que los recursos de poder de los actores son siempre relacionales, por lo que no se dan por anticipado. Con el desarrollo del trabajo de campo se advirtió la necesidad de incorporar a otros actores, en este caso, los salubristas y los sindicatos, para ir más allá de una visión de “camarilla” o de un grupo de poder del PRI cuyo móvil era el interés por ascender, conseguir poder y dominar las instituciones de salud y de formación de recursos humanos. Me parecía que la conformación de un grupo de profesionales de la medicina y de la salud pública en torno al

doctor Soberón era parte de un proceso político mayor, de reconfiguración de los grupos de poder sectorial, que podía ser explicado tanto por la presión de la crisis económica sobre la política de salud como por las oportunidades que la propia crisis generó para el sector de la atención médica ligada al complejo médico-industrial. Es decir que, el concepto de la “nueva salud pública” fue lanzado para fortalecer el mercado en el ámbito de la salud.

Debo decir que, antes de realizar esta investigación, ya había desarrollado en el Centro de Investigación en Docencia Económica, institución en la que trabajaba en aquel entonces, una primera aproximación, no exhaustiva, de los intereses organizados que actúan en el sector salud. Fue en esa etapa cuando inicié el trabajo de campo, es decir, de producción directa de la información a ser analizada.

8.2. ACERCAMIENTO Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS ELEMENTOS QUE CONVERGIERON EN LA DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El procedimiento puesto en práctica para una mejor definición del objeto de la investigación incluyó: a) entrevistas con investigadores y/o funcionarios familiarizados con el tema de la investigación; b) asistencia y participación en eventos y foros públicos de discusión de la reforma y, por supuesto, c) pláticas reflexivas con mi tutor y con el colectivo del doctorado integrante del grupo “Salud y Sociedad”.

Las entrevistas tuvieron, entre otros propósitos: a) evaluar las posibilidades de realización de la investigación; b) la pertinencia de mi observación y de la selección de actores; c) realizar una primera aproximación al problema a ser investigado; d) construir una red de contactos para futuros entrevistados; e) ubicarme en el debate sectorial, y, en particular, tener una idea de los distintos intereses en conflicto; f) ir conociendo “quién es quien” en el sector, los conflictos personales y los límites de las indiscreciones, y g) la posterior elaboración del guión.

En esa etapa busqué hablar, principalmente, con investigadores que pudiesen situarme en las entrañas del mundo de la política mexicana, de los actores y sus prácticas de negociación, y del lugar que las cuestiones sociales estaban ocupando en la discusión de la

transición mexicana y, en particular, en el lugar de la salud en el proyecto político.³ Asimismo, estaba interesada en dimensionar lo que era el movimiento popular para la salud: qué tanto era reconocido por los actores institucionales y su organicidad. Otra cuestión presente se refería a las organizaciones sindicales, a sus vínculos con el proceso de democratización, las disidencias y sus propuestas en relación a extender el derecho a la salud a todos los mexicanos. En cierta medida, quería advertir qué era lo que estaba pasando en México y si había alguna similitud con el proyecto de reforma sanitaria brasileño y las especificidades para cada país.

Esas primeras entrevistas me permitieron percibir la complejidad del cuadro socio-político mexicano y la importancia institucional de la seguridad social y del corporativismo como práctica política de negociación, no sólo para los sindicatos sino también para los políticos, los médicos y la tecnocracia-burocracia. Todos estaban inmersos en el corporativismo combinado con la política de grupo o de clientelas. La otra cuestión importante fue advertir cuál era para los actores institucionales el lugar secundario de la población pobre usuaria de los servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia como un actor que reclama derecho. El Movimiento Popular de la Salud era una realidad distante de los sindicatos, de los médicos y de las instituciones oficiales de salud. Además, la discusión de la democratización pasaba más por los partidos que por la cuestión social y las prácticas sociales, aun cuando se hablaba de participación social en los servicios de salud.

Paralelamente, asistí a diversos eventos y foros públicos que se realizaban en aquel entonces en torno a la cuestión de la reforma del sector salud en cuanto espacio de observación directa de posiciones, alianzas, confrontaciones y de conocimiento del debate propiamente dicho. Mis propósitos eran: a) otorgar pertinencia a los actores seleccionados; b) contactar personas para posibles entrevistas; c) darme a conocer; d) ubicarme en el debate, y e) dar inicio a la tarea de recolectar material escrito. El periodo dedicado a esta

³ Los entrevistados en esta etapa fueron: Mariano Noriega, especialista en medicina del trabajo y profesor de la maestría en medicina social de la UAM-Xochimilco; Alberto Arnault, actualmente profesor-investigador del Centro de Estudios Sociológicos del Colegio de México, conocedor del sindicalismo mexicano en particular, de los maestros y de los vínculos de los sindicatos con el PRI; Julio Bolvinik, actualmente diputado del PRD, quien participó en la elaboración de la propuesta IMSS-Coplamar; Rosalba Velásquez Ortega, médica sindicalista de la Secretaría de Salud y Benno de Kzer, investigador de los temas de salud mental y masculinidad, vinculado con organizaciones civiles.

actividad comprendió de 1995 a 1997. En el anexo 1 puede encontrarse el listado de eventos a los que asistí.

A su vez, las reuniones con mi tutor y con el colectivo “Salud y Sociedad” constituyeron un espacio de intercambio importante para la construcción de la investigación propiamente dicha, como proyecto y como práctica de campo. Los temas tratados en ese ámbito fueron: a) la importancia de la definición del problema de investigación y de las hipótesis como elementos de control de la práctica de la investigación; b) la selección de la metodología de investigación en función del problema y de las hipótesis; c) la aplicación de la metodología, y d) los aspectos éticos de las investigaciones sociales en salud.

En dichas reuniones me encontré, desde un inicio, ante una cuestión importante: la relación entre la información a ser producida y la interpretación de ésta, y la inquietud de mi director de tesis en relación a las diferencias de perspectiva frente al dato empírico entre el trabajo etnográfico de un antropólogo y el de investigación de un sociólogo.

Además, el sector salud y la cuestión del acceso a los servicios de salud representaban para mí una puerta de entrada a las relaciones de poder que podrían corroborar la explicación del problema en sí para la población pobre; era un filtro a través del cual se podía estudiar la reforma del sector salud como dinámica social, y era lo que más me interesaba y llamaba mi atención. Esta forma de mediatizar el sector salud en la investigación influyó en muchos momentos, generando dudas y vacilaciones en relación al ámbito, el tema de la investigación y la conducción. Sin embargo, muchas veces fue también un recurso, algo así como un escudo que me protegía, pero que a veces complicaba mi vida debido a que me impedía abandonar muchos de mis planteamientos generales, lo que provocó problemas con mi comité de tesis y con mi director, cuestión que espero volver a discutir más adelante.

De cualquier forma, los resultados de esa primera etapa se expresaron de la siguiente manera: a) en la posibilidad de elaborar una primera relación de posibles entrevistados; b) en el abandono de la alternativa de incluir el llamado “movimiento popular de salud” como un actor sistémico importante en el conflicto a ser analizado, y e) en la percepción de que estaba planteando una investigación novedosa y que las posibilidades de concluirla con éxito dependerían, entre otras cosas, en saber cómo dar vida

a mis actores a través de su reconstitución, lo que muchas veces me resultó bastante difícil, pues qué datos podría asegurar para los tres actores sin perderme en la búsqueda de chismes y fricciones personales existentes entre los participantes de cada grupo, aunque, en determinados momentos, pudieran éstos proporcionar una información consecuente.

Los resultados fueron sometidos a revisión por mi tutor y por el colectivo “Salud y Sociedad” innumerables veces, y fueron sujeto de críticas, sugerencias y comentarios de invitados externos. En este sentido, el trabajo de investigación y la propia información gestada fueron resultado de toda esa dinámica no libre de tensiones, en la que tomaron parte las limitaciones propias del investigador y las circunstancias externas. Por consiguiente, habría que tomar los resultados de este trabajo en su justa medida.

8.3. ELABORACIÓN DE LAS REDES DE CONTACTO Y DEL GUIÓN DE ENTREVISTAS

La siguiente etapa fue la de preparación de las entrevistas, y constó de una selección de informantes, de una clasificación de éstos, de la elaboración de un primer listado, de la preparación del guión de entrevistas y de la realización de éstas. La meta era conseguir entrevistados dispuestos a colaborar; el número de ellos dependería de la propia calidad de las entrevistas y de la disponibilidad para hablar de cada uno.

Una primera lista de entrevistados incluyó a líderes de ambos grupos; el propósito era que funcionaran como informantes clave que expresaran las ideas que daban cohesión al grupo, así como de los intereses compartidos, objetivos y estrategias. Una segunda lista se compuso de funcionarios de las instituciones de salud vinculados con ambos grupos con el fin de que dieran noticia acerca de la perspectiva sectorial y sobre lo que se estaba haciendo. Una tercera incluyó a personas capaces de informar sobre los grupos analizados. Y, por último, se hizo una lista con personajes no muy protagónicos de ambos grupos. Esa lista se fue ampliando a medida que se realizaron las entrevistas y se establecieron nuevos contactos. Me parecía que era importante constituir un abanico lo más amplio posible de opiniones y puntos de vista, en parte porque sabía que estos actores no eran homogéneos y que por ellos se expresaban corrientes, grupos y sub-grupos. Era importante dar cuenta de los distintos intereses y discursos en juego en torno a la reforma, por lo menos de las

grandes tendencias. Asimismo, busqué informantes vinculados con los partidos y organizaciones.

En algunos sectores me encontré con dificultades, en particular respecto a ciertos cuadros de la cúpula de la Confederación de Trabajadores de México (CTM), lo que me obligó a buscar, dentro de la propia CTM, otros informantes. En un principio también pensé en entrevistar al representante de la industria farmacéutica, pero nunca atendió mi llamada.

El guión elaborado para el primer grupo (de líderes) tuvo como eje la búsqueda de información que permitiera conocer cómo es que los actores investigados entienden y definen los problemas del sector salud, y cómo es que construyen la realidad. Esto es, los intereses y motivaciones por las cuales un grupo de personas se compromete entre sí, comparte un proyecto y lleva a cabo un conjunto de acciones para ponerlas en práctica.

En este sentido, en ningún momento se buscó reconstruir los hechos o la historia del grupo en sí mismo, aun cuando todo se llevó a cabo a partir de documentos. El móvil de las entrevistas fue más bien una reconstrucción sociológica del actor a partir de sus posiciones ideológicas y de las relaciones que establecía con otros actores en el marco de la reforma desde una perspectiva relacional y dinámica. Eso porque las propuestas se construyen en la interacción y en el conflicto, y para captar esa realidad hay que confrontar lo que están diciendo los actores con sus alianzas y sus prácticas.

El guión se elaboró para entrevistas semiestructuradas con la idea de, a partir de un núcleo común, ir adaptando a las características del entrevistado la información que iba surgiendo. Así, el guión se compuso de tres partes, de forma que permitiera: a) la reconstrucción del significado simbólico de los sistemas de salud a través de la exploración de la vivencia y de la percepción del entrevistado de los valores éticos que orientan la organización del sistema de salud; b) distinguir en grupos sociales los problemas de salud del país y del sector salud, y los motivos y razones por los que se definieron como tales, encontrando soluciones para los problemas identificados; c) la relación entre los problemas planteados y las soluciones con la reforma; d) sus propuestas, proyectos y estrategias, y e) al final de la entrevista, explorar los vínculos políticos y las posiciones, y contraponer posiciones y discursos.

Las entrevistas para el segundo grupo de informantes fueron una combinación del primer guión con cuestiones específicas de acuerdo a las características del entrevistado. El tercer grupo de informantes sirvió como recurso para comprobar información e hipótesis y aclarar dudas. Los guiones se hicieron específicamente para cada entrevistado.

8.4. ENTREVISTAS, CONDICIONES BAJO LAS CUALES FUERON REALIZADAS, E IDENTIFICACIÓN DE POSIBLES ELEMENTOS DE INTERFERENCIA EN LA INVESTIGACIÓN

Las entrevistas se llevaron a cabo en una hora y media cada una. No fui yo quien estableció el tiempo de duración, sino que lo hicieron los mismos entrevistados. Con algunos de ellos logré establecer una relación de mayor confianza que pudiera darme oportunidad de volver a entrevistarlos, pues creí que era importante hablar con ellos nuevamente, esto con la finalidad de superar algunas barreras informativas y de explotar ciertas pistas planteadas por el mismo informante. Sin embargo, tuve mis dudas y no lo lleve a cabo, ya que, en cierta forma, las entrevistas me resultaban penosas, pues me daba la impresión de que la información estaba siendo controlada, lo que no me permitía ir más lejos. Esta cuestión llamó varias veces la atención de mi tutor dados los compromisos de los entrevistados con los círculos de poder que los apoyaban. La solución fue extender la lista de entrevistados para tener una visión más amplia y compleja de los grupos, de las tendencias y conflictos. El listado de las personas entrevistadas, de acuerdo con las fechas en que se efectuaron, se encuentra en el anexo 2.

Las entrevistas se iniciaron con personas pertenecientes a los grupos investigados y al segundo grupo. Antes de empezar cada entrevista, se explicaba al entrevistado cuáles eran los objetivos de la investigación y se les ofrecía la posibilidad de permanecer en el anonimato. No obstante, ninguno de los entrevistados lo solicitó, aun cuando en determinados momentos de la entrevista se pedía discreción y un manejo exclusivamente académico y no político de la información. Todos ellos aceptaron que las entrevistas fueran grabadas, lo cual de por sí implica tener control sobre la información que se transmitirá (lo que no es bueno para la investigación), cuestión que se observó en varias ocasiones durante el proceso de entrevistas.

En algunas entrevistas me sentí tímida e incluso ridícula al explicar por qué estaba interesada en relacionar la reorganización de los grupos de poder y las políticas de acceso. Tenía la sensación de que algunos de los entrevistados me miraban con cierta pena, con la certeza de que no iba lograr saber nada de nada de las relaciones de poder sectorial, de los conflictos y alianzas, a no ser que fuera algo que les interesaba ventilar. ¿Por qué iban ellos a explicar relaciones a alguien que no pertenecía al grupo? Al final de las entrevistas me sentía fatigada, y muchas veces me daba la impresión de que no las había hecho bien y que los matices entre los entrevistados eran demasiado tenues, por lo que me sería difícil trabajar con la información y necesitaría de mucha intuición y capacidad analítica.

Las entrevistas también se realizaron como parte de otra investigación en la que me encontraba colaborando: comparativa sobre la Reforma de los Sistemas de Salud en México, Brasil, Chile y Argentina, y financiada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La coordinadora de dicha investigación estuvo presente en algunas entrevistas, y el guión elaborado por mí fue el mismo para ambas investigaciones. Después trabajé en el Instituto Nacional de Salud Pública en una investigación que buscaba explorar las relaciones entre las políticas macro económicas, la reforma del sector salud y el acceso a éste, y estuve respondiendo por el análisis socio-político de la descentralización en Sonora. Aproveché algunas de las entrevistas realizadas para esa investigación e introduje preguntas referentes a la visión de los grupos regionales sobre la forma de actuar de determinados grupos en la dinámica del proceso de reforma.

Los aspectos mencionados con anterioridad (la posibilidad de los entrevistados de mantenerse en el anonimato, la grabación, la coincidencia de la entrevista con la reforma a la Ley de seguridad social y el cambio de gobierno en la Ciudad de México) fueron factores que, en cierta medida, moldearon las respuestas e incluso determinaron una mayor visibilidad de algunas corrientes y actores frente a otros. Asimismo, hay que agregar a lo anterior el hecho de que soy extranjera, pues considero que esto influyó positivamente en la relación con los entrevistados una vez que éstos no pudieron identificarme con ninguna de las corrientes y grupos en conflicto.

Otro hecho perturbador en mi trabajo de investigación fue el trabajar en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Desde el inicio dejé en claro cuál era mi proyecto de

investigación y la relación del Instituto con él. Sin embargo, eso no bastó para atenuar la sensación de ser una “infiltrada”, a lo que se sumaba el hecho de ser extranjera. En diversas ocasiones, en situaciones de pláticas informales, asomaba información útil para mi investigación, referente a la creación del INSP y a las pugnas y celos entre los grupos y personas. Yo no sabía si debía empezar a hacer preguntas para mi investigación, pues no consideraba como algo ético el usar una relación personal para obtener información sin dejar ver mis intenciones. ¿Exceso de purismo? Puede ser. De cualquier modo, hay que considerar los vínculos informales como canales importantes de información, y yo hice uso de ellos y fueron importantes.

Además, había otro problema: la posibilidad de obtener un tipo de información que no obtendría de los otros grupos. Y, sumado a eso, ¿cómo iba clasificar y codificar esa información? Mi opción fue considerarla como información que podía ser incluida en la categoría de información de conversaciones informales, como un recurso propio más para el análisis y la interpretación futura de los actores, en particular, para negar posibles hipótesis de explicación que remitieran a razones de naturaleza personal (ser hijos de médicos ilustres, pertenecer a una misma generación, haber estudiado en la misma universidad). Esta información también fue procesada y codificada.

Por consiguiente, trabajar en el INSP no fue sólo un conflicto de interés; me sirvió también como espacio de confrontación para mis hipótesis y de interacción dinámica de la investigación con individuos con perspectivas analíticas distintas y pertenecientes a otros campos del conocimiento que confluyen en la salud pública. Asimismo, me brindó la posibilidad de enriquecer mi investigación y de adquirir un mayor conocimiento sobre las particularidades del sistema de salud mexicano, adentrándome más en las cuestiones de salud.

El resultado de esa experiencia para mi investigación fue, por un lado, lograr la aceptación de mi propuesta de investigación como legítima, y, por otro, introducir nuevas estrategias para la producción de información y para el control del proceso de investigación, así como para delimitar los alcances y límites de la información que buscaba.

8.5. FUENTES ESCRITAS

A la par de las entrevistas se dio inicio a la captura de fuentes escritas. El blanco fue tanto la información ya existente analizada por otros investigadores, como los trabajos elaborados por los grupos investigados o por personas pertenecientes al grupo. Ambas informaciones se consideraron un recurso para la complementariedad de la información de las entrevistas, así como un recurso de crítica a la información obtenida en éstas. Así, se tomaron como fuentes importantes las siguientes:

- Para los sindicatos: propuesta, periódicos, desplegados, ponencias presentadas en los foros sectoriales, artículos de revistas y otro tipo de material impreso elaborado por los sindicatos, tales como *Trabajo y Democracia Hoy* y las publicaciones de la Fundación Friedrich Ebert, entre otras; y entrevistas en los medios de comunicación.

- Para los salubristas: editoriales y artículos publicados en la *Revista Higiene*, en los Boletines de la Asociación Mexicana de Salud Pública y en el Boletín del Consejo de Salubridad General; ponencias en foros sectoriales; manifiestos publicados en la prensa; entrevistas en los medios de comunicación; libros publicados por integrantes del grupo y publicaciones del PRI y del PRD.

- Para los neosalubristas: publicaciones de Funsalud; artículos publicados en la revista *Nexos*, en la prensa y en revistas de salud pública; libros publicados por integrantes del grupo; publicaciones del INSP; publicaciones de la *Revista de la Academia de Medicina* y de *El Colegio Nacional*, y entrevistas en los medios de comunicación.

Finalmente, debo decir que, de toda esa información, la más valiosa para mi investigación salió de la combinación de las entrevistas con los foros a los que asistí.

8.6. TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: TRANSCRIPCIÓN, CLASIFICACIÓN, CODIFICACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LA INFORMACIÓN COLECTADA

Esta es una tarea, desde mi punto de vista, bastante laboriosa, pues requiere de mucha persistencia, concentración, organización y capacidad para reunir y clasificar la información recolectada de manera que sea posible estudiarla de acuerdo con los propósitos de la investigación.

Ahora bien, esta fase de trabajo se realizó en dos etapas: primero, una que consistió en transcribir las entrevistas y en organizar el material escrito de la información de eventos y de conversaciones informales o provenientes de otras actividades académicas correlacionadas. La segunda etapa tuvo que ver con el tratamiento del contenido de la información.

A. Información de las entrevistas

Todas las entrevistas transcritas fueron almacenadas en disquetes e impresas en papel. Cada entrevista contó con un número de identificación, indicación de la fecha y lugar donde se realizó, de su duración, nombre de quienes participaron en ella, comentarios acerca de las impresiones que dejó, cuestiones que quedaron sin respuesta, información que surgió después de la entrevista y sugerencias del entrevistado para nuevas entrevistas.

La impresión del texto se hizo a doble espacio, dejando márgenes en las laterales para anotaciones codificadas acerca de los grandes temas que se correspondían con los principales tópicos de las entrevistas y que evidenciaban eventos/experiencias, conceptos y propuestas tales como: a) los problemas de acceso a los servicios de salud; b) la percepción en relación a las posibilidades del sistema vigente de dar una respuesta a la cuestión del acceso; c) las propuestas planteadas para el acceso; d) la reforma y sus posibilidades de atacar los problemas de acceso; e) los aliados de la reforma; f) los opositores a la reforma; g) las estrategias políticas identificadas, y h) la relación entre reforma y problemas de salud y economía.

Las entrevistas se clasificaron y separaron en:

- Entrevistas con los líderes de los grupos analizados.
- Entrevistas con funcionarios de las instituciones de salud próximos a los grupos investigados.
- Entrevistas con informantes de los grupos analizados.
- Entrevistas con miembros secundarios de los grupos analizados.

Cabe señalar que, a las entrevistas a funcionarios se les dio un tratamiento distinto, pues había que tomar en cuenta que éstos bien pudieron dejar de decir ciertas cosas debido

a su cargo público. Así pues, en este caso se señalaron todos los desvíos de conversación o respuestas lacónicas que no respondían a lo preguntado. Tales evasivas se consideraron como indicadores o “pistas” para nuevas búsquedas.

B. Información del material escrito

Las fuentes escritas que se utilizaron se dividieron en bibliografía, artículos de periódico, información de periódico y material elaborado por los grupos investigados. Así, la bibliografía se fichó y la información de periódico se clasificó y codificó, lo mismo el material elaborado por los grupos, de acuerdo con las mismas categorías que se usaron para las entrevistas.

C. Propuesta de clasificación de la información obtenida

El almacenamiento de la información se hizo por actor y en función de la clasificación y el código. La información se dividió en tres grandes categorías: a) el mundo proyectivo y conceptual; b) las propuestas técnicas; c) alianzas.

La información de las entrevistas se guardó en fichas y se dividió de acuerdo a determinadas categorías generales y específicas, a saber:

1. Proyectos técnico-asistenciales; categoría esta subdividida, a su vez, en las siguientes temáticas:

A) Los valores, principios, ideales o visiones de mundo entendidos como los principios-guía de los sistemas de salud en torno a los cuales se construyen los consensos de universalismo, igualdad, equidad, solidaridad y libre elección.

B) Las percepciones sobre los problemas del sistema de salud para una política consecuente de acceso: culturales, económicas, geográficas y psicológicas.

C) Estrategias para llevar a cabo sus propuestas para mejorar el acceso: reforma, descentralización, participación comunitaria, unificación de las instituciones, atención primaria, focalización, complementación con el sector privado, más recursos financieros.

D) Estrategias políticas: construcción de pactos, democratización, debates, encuestas.

Para la información documental se añadieron las siguientes categorías:

1. Recursos de poder de los grupos:

A) Organizaciones: organización civil, organizaciones profesionales, naturaleza de la organización, membresía, cobertura de la organización, recursos financieros, vínculos con grupos políticos, empresariales, sindicales u otros sectores sociales.

B) Base de la legitimidad que se tiene como especialista capacitado para controlar la toma de decisiones en salud; los argumentos referentes a los fundamentos científicos que los legitiman como especialistas en cuestiones referentes a la toma de decisiones en salud; el rol de la eficiencia y de la eficacia como valores propios de la racionalidad científica contrapuesta a la política.

C) Construcción de la autoridad técnica-científica: los instrumentos de divulgación de la información, los interlocutores, ámbitos e instancias de participación y de influencia, y financiamientos.

D) Transformaciones en el discurso a lo largo del proceso de reforma.

Por último, debo decir que en el transcurso de mi trabajo de tesis participé en un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México en los estados de Oaxaca, Guanajuato y Sonora, con financiamiento del Internacional Development Research Center (IDRC) de Canadá. El objetivo de dicho estudio era analizar la relación entre las políticas macroeconómicas y la reforma del sector salud y el acceso a éste, y la utilización y calidad de los servicios de salud. Entre otros aspectos, se estudió la participación de los estados descentralizados en el proceso de reforma sanitaria y su capacidad para –en un contexto de escasos recursos y poca autonomía política frente al ejecutivo federal– promover un sistema de salud que garantizase el acceso universal, la utilización adecuada y la calidad de los servicios de salud (Brachet-Márquez, 2002).

Tomando en cuenta que participé en la coordinación del estudio del caso de Sonora, me pareció que dicha experiencia representaba una oportunidad para confirmar algunas de mis hipótesis. De modo que, me permitiré utilizar algunos de los datos provenientes de ese trabajo para completar la presente información. La recolección de los datos se realizó durante veinte días en febrero de 1999.

Primero, se realizaron entrevistas a profundidad con investigadores conocedores de la región,⁴ con el objetivo de identificar documentos y la lista de informantes clave. Luego, se hicieron catorce entrevistas semi-estructuradas a directivos y ex-directivos de los Servicios de Salud del estado (8), representantes de colegios médicos (3), políticos (4), miembros de sindicatos de salud (3), directivos del consejo estatal (2), trabajadores del sistema de seguridad social (4) y miembros de otras comisiones de salud (2).

Para las entrevistas semi-estructuradas se elaboraron guías específicas para cada categoría de entrevistados. Las guías se estructuraron en torno a los siguientes temas: 1) problemas más importantes relacionados con el financiamiento y la demanda de servicios de salud, nivel de autonomía estatal, relaciones entre el estado y la federación, y entre las diferentes entidades prestadoras de servicios de salud en el estado; 2) canales de comunicación existentes para que los informantes pudieran expresar sus inquietudes sobre las decisiones estatales y federales, y 3) percepciones sobre la reforma y su impacto en el trabajo diario y en el desempeño de las instituciones de salud, haciendo especial hincapié en el impacto en los problemas que los informantes habían identificado como los más importantes en el sector salud.

Asimismo, se solicitaron sugerencias para mejorar el programa de reforma. Y, finalmente, se generó una serie de escenarios hipotéticos y se solicitó que los informantes identificaran el nivel de gravedad de los problemas presentados y las posibles vías de solución con los recursos disponibles.

Todas las entrevistas fueron realizadas, grabadas y transcritas por la autora del presente trabajo. La mayoría de las entrevistas tuvieron una duración de 1:30 a 2 horas. Ninguno de los entrevistados se negó a participar en el estudio ni a que la entrevista fuese grabada. Mi vínculo con el Instituto Nacional de Salud Pública fue interpretado de otra forma por los entrevistados, y, en algunos casos, afectó el transcurso de la entrevista. Por

⁴ Estos investigadores fueron los siguientes: de El Colegio de Sonora, el Dr. Almada Bay y la Dra. Catalina A. Denman; del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, la Dra. Rosario Román Pérez, el Dr. Mario Camberos Castro, estudiosos ambos de los problemas sociales y económicos de la región, y Dr. Ernesto Camou, quien, generosamente, me introdujo a la complejidad de las relaciones políticas regionales. De la Unidad de Investigación del IMSS, se entrevistó al Dr. Manuel A. Santillana Macedo y al Dr. Ramón Rascón, los cuales me facilitaron varios contactos e información importante acerca de la situación de la reforma en el estado.

ejemplo, uno de los entrevistados me creyó representante del ejecutivo y pensó que podía utilizarme para comunicar sus demandas y descontentos. Otro, comentó que conocía muy bien al director del Instituto y que le informaría de cualquier problema que pudiera surgir.

Como ya se dijo, antes de iniciar cada entrevista se explicaban los objetivos de la investigación y se ofrecía al entrevistado la posibilidad de mantenerse en el anonimato. Sin embargo, ninguno de los entrevistados lo solicitó, aun cuando, en algunas ocasiones, pidieron discreción en la utilización de la información, subrayando que ésta debía emplearse con fines estrictamente académicos y no políticos.

Una vez transcritas e impresas las entrevistas, se dividieron según el tipo de informante, y se codificaron con base en las categorías de la información que habían inspirado la elaboración de las guías.

A la postre, espero haber generado, con estas estrategias de investigación, información que permita inferir y dimensionar qué tanto del sistema anterior fue erosionado, en relación a los principios y valores que sustentaban el consenso y la legitimidad que guiaba las políticas de universalización selectiva, y, en relación a la pauta anterior, si se han consolidado o expresan una recomposición en los grupos de poder, y hacia qué dirección apuntan los cambios.

CAPÍTULO 2

LA NATURALEZA DESIGUAL DE LA POLÍTICA DE SALUD DEL ESTADO EN UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA: LA CONFORMACIÓN DEL PROBLEMA DE ACCESO Y DE COBERTURA A LOS SERVICIOS DE SALUD MEXICANO

Este capítulo tiene como objetivo presentar el marco social y político institucional a partir del cual las instituciones de salud pública desarrollaron, actuaron y desempeñaron su parte en el proceso de legitimación del Estado mexicano y entraron en crisis. Lo que se busca es articular el problema de acceso a y de cobertura de los servicios de salud, junto a la población pobre y campesina, a una determinada estructura de poder y a un proyecto de desarrollo económico para demostrar la interdependencia de ambos procesos y la imposibilidad de pensar cambios en la estructura organizacional del sector salud fuera de su contexto institucional. Asimismo, en este capítulo se presentan las inquietudes que fueron surgiendo en México y en el Continente americano en el transcurso de la década de los setenta frente a la incapacidad de las instituciones oficiales de salud pública de actuar para disminuir la brecha social y lidiar con los problemas sociales que condicionaban el acceso, la distribución de los recursos y el propio proceso de salud y de enfermedad, así como en la conformación de propuestas que apuntaban en dirección a la promoción de cambios en los determinantes socioeconómico y en el modelo de atención y discusión del papel que tuvo la OPS, y después el Banco Mundial, en un contexto que se caracterizó por la crisis económica en la definición de las propuestas y de la reforma del sector salud.

La organización de instituciones públicas de salud y de seguridad social a partir del Estado, es uno de los fenómenos de mayor trascendencia económica, social y política del siglo XX. En todos los países de la región europea y de América, estas instituciones formaron parte de un importante sector del Estado, esto por el volumen de recursos humanos y económicos que movilizaron, y, en especial, porque se tornaron imprescindibles para la salud y el bienestar colectivo de determinados grupos sociales y para la cohesión

social. Además, como parte de las políticas de legitimación de los grupos en el poder, dichas instituciones constituyeron un instrumento de gestión del conflicto distributivo inducido por la economía capitalista que ha permitido, de forma diferenciada y desigual en algunos países, la integración al sistema social, económico y político de amplios sectores sociales al garantizar colectivamente la supervivencia digna de los individuos.

No existe la menor duda acerca de que hay un movimiento de convergencia que muestra paralelismos cronológicos significativos en muchos países, como ya fue sugerido por Wilensky (1975). Sin embargo, esa perspectiva teórica no aporta elementos para explicar los matices existentes en nuestras políticas de salud, y, menos aún, para develar los “nichos escondidos” que pueden explicar, con base en la historia y en las características de las sociedades latinas, a dónde no se ha llegado todavía en términos de políticas de protección social y cuál es el futuro que nos espera (Vila, 1995: 242). Dicha perspectiva teórica tampoco explica la dinámica de interacción entre Estado y grupos sociales, y la consolidación de determinados marcos institucionales, incluyendo las oportunidades de los grupos de intereses que ejercen una influencia sobre el proceso de formación de las políticas sectoriales. De ahí que en el presente capítulo se haga un esfuerzo por aportar algo al análisis de las políticas de salud y asistencia, procurando describir y articular la institucionalización del sector público de salud con la conformación del Estado en México, con la forma y naturaleza de la gestión del conflicto social y con una determinada estructura de poder que dio significado y sentido al “ejercicio del poder para todos los grupos de la sociedad, incluyendo al Estado” (Aldrete-Haas J., 1991: 27). Cualquier cambio en el sector que busca revertir esa tendencia histórica no puede desconocer esa realidad.

A mi entender, la configuración de este sector en una estructura fragmentada en su organización –instituciones de salubridad y asistencia, y de seguridad social, desiguales en la distribución de los recursos y bienes– es expresión de la distinta capacidad de organización de los intereses y de la incorporación de los sectores populares al proyecto social del Estado mexicano, y expresa, también, la naturaleza compleja de las fuerzas sociales que dan sustento al proyecto de desarrollo del Estado. Además, traduce un modo particular de construir la cohesión social en México y la legitimidad del Estado mexicano.

Me parece que las políticas de salud del Estado mexicano fueron estructuradas con base en dos estrategias: una de protección mutua entre grupos con solidaridad intragrupal, propio de la tradición bismarkiana, a través de sistemas diferenciados de aseguramiento limitados a los trabajadores asalariados urbanos; y otra con una visión asistencial que no garantiza un mínimo necesario para los grupos excluidos del mercado formal de trabajo, institucionalizada en la Secretaría de Salud (federal), en las Secretarías de Salud de los estados, en el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y en instituciones filantrópicas. La existencia de esas dos estrategias es, en última instancia, la expresión de la ausencia de un sistema de protección social capaz de garantizar una protección básica a todos los grupos sociales, en particular a la población más pobre.

La elaboración del presente capítulo se hizo a partir de un análisis documental de diversas fuentes que tratan de discutir el desarrollo de la política de salud en México como parte del proyecto social del Estado mexicano, teniendo como marco de referencia los mecanismos de protección social, base para la conformación de los sistemas de bienestar en los países de Europa occidental. El capítulo está dividido en dos partes, cada una de las cuales se divide, a su vez, en apartados. En la primera parte, a partir de la literatura especializada, se vincula el crecimiento de las acciones de salubridad y asistencia, por un lado, y de aseguramiento por otro, con la conformación del Estado mexicano congruente con el proyecto de nación surgido del movimiento de 1910. Se distinguen tres grandes etapas en ese proceso: una primera que llega hasta la década de los 40, cuando las acciones de salubridad que hasta entonces estaban desarticuladas y muy vinculadas a las necesidades del mercado exportador primario, combinadas con la beneficencia pública dirigida a los indigentes, tienden a una mayor centralidad en el ejecutivo y convergen para proteger a grupos sociales en situación de insalubridad, de enfermedad y desnutrición. De ahí que se sumen a ellas las acciones asistenciales y de aseguramiento, lo que constituye la segunda etapa, la cual llega hasta 1980. Lo que busco aquí es presentar la expansión de las instituciones de salud pública y de seguridad social como parte de la consolidación del modelo de desarrollo asentado en la industrialización bajo un patrón de dominación político-corporativo.

Finalmente, se presentan las brechas de ese modelo de salud como expresión de una configuración específica de poder y de la identificación de una situación de crisis de la salud pública, acoplada a lo que se caracterizó como crisis económica del final de los años 70 y 80, lo que confluó en una tendencia específica de reforma de la arquitectura institucional dirigida a una mayor participación del sector privado en la producción de servicios de salud. Esto constituye, en sí, una etapa, la tercera, caracterizada por la búsqueda de renovación del proyecto social del Estado mexicano y de las bases de poder en el sector como parte de un proceso más amplio de transformación del propio Estado y de la dinámica de acumulación.

1. LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA COMO PARTE DE LAS POLÍTICAS SOCIALES DEL ESTADO MEXICANO

1.1. LA SALUD PÚBLICA COMO UN PROBLEMA LOCAL-RESIDUAL A UN PROBLEMA DE JUSTICIA SOCIAL

Hasta la Constitución de 1917, los límites legales de la actuación del poder público sobre el proceso salud-enfermedad-atención estaban dados por un conjunto de ordenamientos legales y de instituciones de control de situaciones insalubres, limitados, que venían siendo normados desde el porfiriato (1876-1910) como reacción a la actuación de los ayuntamientos en esa materia. Para entonces, ya existía una presión internacional sobre el control de las enfermedades infecciosas en áreas portuarias y de fronteras, ejercida particularmente por la Oficina de Salud Internacional de los Estados Unidos de América. Estos nuevos ordenamientos anunciaban una tendencia hacia una mayor presencia de la acción organizada de las instituciones públicas y del poder ejecutivo nacional en la solución de los problemas colectivos, la cual se consolidó en el periodo del presidente Cárdenas como respuesta a la dispersión de las responsabilidades para con la sanidad pública (Menéndez, 1984). Formaron parte de esa tendencia tanto la creación del Consejo Superior de Salubridad (1841), autoridad máxima en el área, como la promulgación en 1894 del Código Sanitario, el cual concedía autoridad al ejecutivo federal sobre puertos, fronteras y asuntos migratorios, además de la entrada en vigor de la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito Federal y Territorios Federales, la cual establecía una junta para promover y

vigilar los establecimientos de salud. De la misma época es la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México y de Nuevo León, estados con un mayor desarrollo industrial y con un movimiento obrero organizado.

Este desarrollo inicial se vio avasallado por la amenaza que representaban ciertas enfermedades y epidemias, como la fiebre amarilla y el paludismo, para la producción y comercialización de los productos de exportación, y, en cierta medida, para la propia economía del país. No hay que olvidar que el periodo del porfiriato fue caracterizado como de crecimiento económico, debido tanto a las inversiones extranjeras atraídas por la plata, el cobre y el petróleo, como por el crecimiento de las exportaciones de los productos agropecuarios. Es este el periodo de construcción de ferrovías para articular mercados locales, de crecimiento de las ciudades y de la infraestructura comercial (Soria, 1995: 46-47).

En esa etapa, las acciones de salubridad, responsabilidad de los ayuntamientos, estaban volcadas hacia el control de los brotes de las mencionadas epidemias, a la vigilancia de los puertos, costas y fronteras, y a actividades referentes a problemas generales de saneamiento urbano, como el control de la actividad de las trabajadoras del sexo comercial y la sanidad de los alimentos. Del mismo modo, las instituciones de beneficencia fueron introducidas, en oposición a la idea de caridad cristiana, con la finalidad de hacerse cargo de los hospitales, en el ámbito nacional, a los que recurrían los pobres, más como refugio para morir que como centros de recuperación de la salud (Martínez Báez, 1994: 463). Hasta 1917 los hospitales dependieron de los ayuntamientos, y a partir de entonces pasaron a ser una responsabilidad del gobierno federal.

Es con el movimiento revolucionario de 1910 –que movilizó un importante contingente de campesinos pobres, contando, además, con una importante participación de la reducida clase obrera–, cuando la salud de los conjuntos sociales se delinea con más claridad como un problema social a ser enfrentado por el Estado y como un instrumento de ejercicio y de legitimidad del poder político en estructuración. En este proceso, las epidemias que azotaban a las comunidades indígenas y campesinas, y las propias prácticas de curación existentes en esas comunidades, aunadas a la pobreza, fueron consideradas

como una amenaza a la estructura social misma, al igual que las pésimas condiciones de trabajo y de vida de los trabajadores de la industria.

Fue dentro de ese marco de preocupación y de estructuración de la noción de justicia social, que las acciones del Estado en cuanto a salubridad, prevención y asistencia, fueron interpretadas como articuladoras de la modernidad científica o como elemento de progreso y de coacción sobre la población para combatir la situación de pobreza, la ignorancia, las costumbres, la falta de higiene, las enfermedades (en especial las transmisibles), la mala nutrición, los vicios (el alcohol), los altos índices de mortalidad general e infantil y los bajos índices de esperanza de vida al nacer existentes entre los campesinos, las comunidades rurales y la naciente clase obrera. Además, la atención médica individualizada, junto con la seguridad social, irrumpió como demanda gremial y como necesidad de los obreros (Modena ME, 1989: 96; Aguirre-Beltrán G., 1986; Bustamante M., 1984).

El reconocimiento por parte de diferentes sectores de la sociedad de que el Estado mexicano necesitaba con urgencia fortalecer su acción sanitaria, mejorar la situación de salud de la población rural y tener una legislación que protegiera al trabajador, llevó a que la Constitución Política de 1917 considerara como su deber cuidar la salud de su pueblo y reconociera varios derechos a través de la incorporación de la seguridad social en la fracción XXIX del Artículo 123. Así, se confía la salubridad general de la república a los poderes nacionales, y se declara la supremacía para la autoridad de la sanidad en casos de urgencia, según la fracción XVI del Artículo 73. Entre los derechos sociales reconocidos están: las disposiciones sobre accidentes o enfermedades resultantes de las condiciones de trabajo; la prohibición de trabajos peligrosos o insalubres para las mujeres y menores de 16 años de edad; el seguro de maternidad; el suministro de vivienda para los trabajadores; y las escuelas y otros servicios comunitarios.

El resultado inmediato fue la creación del Departamento de Salubridad Federal como autoridad superior en materia de higiene a cargo de profesionales médicos, teniendo como una de sus tareas la de normar la relación entre la federación y los estados (Martínez Báez M., 1994: 466). Para sustentar la acción federal se estableció el Código Sanitario en 1924, y se presentó una iniciativa de ley sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades

Profesionales. Durante el gobierno de Obregón (1920-1924), se formuló un proyecto de seguro social, incorporado a la Ley del Seguro Obrero (Soria, 1995: 47). De este modo, el Departamento de Salubridad Pública (cuyas responsabilidades fueron precisadas en la fracción XVI del Artículo 73 de la Constitución de 1917), le otorga jurisdicción y poder para hacer frente a las epidemias graves que amenazaban el país, así como para enfrentar la cuestión social conformada por el hambre, la miseria y la falta de higiene en la que vivían las comunidades campesinas e indígenas y los obreros, y, también, para proveer asistencia médica individualizada a esa población.

En consecuencia, los primeros gobiernos revolucionarios no sólo desarrollaron una amplia legislación de control de prácticas nocivas a la salud, sino también programas de asistencia social y servicios de salud a la población rural, la cual fue siempre objeto de preocupación para los salubristas ligados al proyecto popular cardenista.

En el periodo de Plutarco Elías Calles (1924-1928), cuando “se adoptó la estrategia de reconstrucción de la economía junto con la estabilización política” (Aldrete-Haas, 1991: 59), se creó la Escuela Nacional de Salud Pública⁵ con el fin de formar médicos sanitarios y cuadros técnicos; éstos eran médicos no graduados en medicina, pero especializados para actuar en el Departamento de Salubridad Pública y como funcionarios del ejecutivo en las diversas actividades sanitarias y preventivas a ser realizadas en los estados, entre ellas formar delegados sanitarios en puertos, fronteras y ciudades del interior, enfermeras visitadoras preparadas en eugenesia e higiene infantil para el combate a la mortalidad infantil, inspectores de bebidas, alimentos y otros. Incluso se previó la formación de médicos salubristas en el extranjero para enfrentar las necesidades nacionales (Álvarez-Amésquita J., Bustamante M., López-Picazos, 1992).

A pesar de que Calles buscó implantar una política de colaboración entre los gobiernos municipales, estatales y la federación, basada en el modelo de la Fundación Rockefeller, con la creación de Unidades Sanitarias Municipales, la tendencia a aumentar la responsabilidad de la federación con la salubridad pública se reflejó en un aumento del

⁵ De hecho, la Escuela de Salubridad se creó en 1922, pero, debido a la falta de personal especializado y a las dificultades para el entrenamiento, estuvo funcionando tan sólo unos meses, “ya que los médicos tampoco manifestaron por aquel tiempo el interés que se había pensado iban a tener” (Álvarez-Amésquita J., Bustamante M., López-Picazos, 1992: 76).

presupuesto del gobierno federal destinado a higiene pública: pasó de 1.93% de su presupuesto total en 1926, a 3.03% en 1933 (Bustamante, 1984: 62).

También se avanzó en dirección al aseguramiento con la dotación de beneficios por jubilación a la pequeña comunidad de funcionarios públicos al crear la Dirección de Pensiones Civiles del Estado y Retiro.

Con Cárdenas (1934-1940), estos eventos institucionales tomaron un nuevo impulso centralizador encausado por el proceso de fortalecimiento de la industrialización hacia adentro, conducida por el Estado bajo una ideología nacionalista, lo que llevó a la expropiación del petróleo, a la creación de la Comisión Federal de Electricidad y a la reorganización del sistema financiero y la reforma agraria (Soria, 1995: 47). Además, el de Cárdenas fue un periodo en el que se avanzó en la institucionalización de la lucha política deflagrada por el movimiento revolucionario, canalizándola hacia el Estado a través de la promoción del corporativismo y de la formación del Partido Nacional Revolucionario (PNR) (Aldrete-Haass, 1991).

En el ámbito de la política de protección social, existieron, en más de una ocasión, tentativas de crear un seguro social más amplio puesto que sólo los trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y los ferrocarrileros gozaban de jubilación y servicios de salud. Al mismo tiempo, se avanzó en dirección a la asistencia social como un deber del Estado con la creación de los Servicios Coordinados de Salud (1934), en cuyo primer convenio se crearon los servicios médicos rurales cooperativos, efectuado éste entre el Departamento de Salubridad y la Comisión Nacional de Irrigación, y nació la campaña permanente contra la tuberculosis (Cárdenas de la Peña, 2003: 13). Después, en 1937, la Secretaría de la Asistencia hace un claro intento por sustituir el concepto de beneficencia por el de asistencia pública (Cárdenas de la Peña, 2003: 15). Dichas medidas confluyeron en la centralización del poder sanitarista en torno al ejecutivo (Menéndez, 1984).

Otro hecho institucional importante que anunció el carácter corporativo e integrador del naciente Estado mexicano, preocupado por la población campesina, fue la creación de los Servicios de Salud Ejidatarios, al lado de los Servicios Coordinados, basados en Centros de Salud, como una unidad integral de acciones sanitarias y de los programas de combate a enfermedades específicas. Los Servicios Médicos Ejidatarios fueron creados dentro de la

concepción del desarrollo ejidal integrado, propiciado por el cardenismo, lo que implicó reorganizar a los campesinos a partir de bases corporativas, fuertemente controladas por la burocracia del Banco Ejidal y por la Confederación Nacional Campesina (Menéndez, 1981: 245-250). En poco tiempo, los Servicios Médicos Ejidatarios, autogestionarios y co-financiados, superaron en algunos estados a los médicos gratuitos de los Servicios Coordinados que debían constituir el eje de la política sanitaria. Sin embargo, en la década de los cincuenta, con la pérdida de importancia del proyecto agrario para la economía, se concretó la propuesta de acabar con los Servicios Ejidales de la SSA, transfiriendo la población adscrita a dichos servicios a la Dirección de Servicios Médicos Rurales Coordinados.

Asimismo, pertenece a ese periodo la propuesta para formar médicos rurales, conforme quedó expreso en el primer Congreso de Higiene Rural (entre la Escuela de Medicina de la UNAM y el Departamento de Salubridad), lo que implicaba enviar estudiantes recién formados a pequeñas comunidades rurales para que ahí realizaran su servicio social. Es en el marco de la preocupación por la salud de los campesinos que el Director de la entonces Escuela Nacional de Medicina de la UNAM, el Dr. Gustavo Baz, anuncia la instauración del servicio social de los pasantes de medicina con el claro propósito de atender a las comunidades a las que no acudían los profesionales de la medicina debido a su aislamiento (Núñez-Maciel, 1992: 10).

González-Block (1989: 100-101) observa que los servicios coordinados resultaron de la yuxtaposición del modelo de la Fundación Rockefeller, de base localista, pero manejado desde el ejecutivo sobre una base federalista. En respaldo a su argumentación, informa que los gobernadores tienen la prerrogativa de elegir al jefe de los Servicios Coordinados, el cual era siempre un médico salubrista. No obstante, dicho nombramiento se tornó simbólico. Dentro de esa misma lógica centralizadora, Cárdenas reconoció el problema del paludismo como de prioridad nacional, creando, en 1938, la primera “Campaña contra el Paludismo”, iniciativa que fue acompañada al año siguiente por la creación del Instituto de Enfermedades Tropicales. En 1940 se reglamenta la campaña contra las enfermedades venéreas (Cárdenas de la Peña, 2003: 14).

Finalmente, la definición del proyecto social del naciente Estado mexicano se alcanzó en 1943 con el gobierno de Manuel Ávila Camacho (1940-1946), cuando se fusionaron las acciones asistenciales médicas de la Secretaría de Asistencia Pública con las sanitarias del Departamento de Salubridad Pública, constituyéndose la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) para responder por la prestación de servicios de salud, la asistencia y la beneficencia pública. El Instituto Mexicano del Seguro Social –ya con cierto retraso respecto a otros países de América Latina–, creado para proteger a los trabajadores y a sus familias de los infortunios de la vida, fue expresión de una nueva concepción en relación con las restricciones de los seguros sociales existentes hasta entonces. Así pues, el IMSS surgió como una institución autónoma, gestionada por las autoridades de la recién creada Secretaría de Trabajo y Previsión Social (1940).

La creación y fusión de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se constituyó en: a) una expresión del compromiso del Estado mexicano con los sectores más pobres de la sociedad bajo una visión asistencial; b) un instrumento para la concentración de los recursos y programas en el ámbito nacional que permitió la expansión de la capacidad reguladora del Estado hacia las distintas unidades de la nación, tanto en sus aspectos represivos como de cohesión. Esa mayor presencia del poder público aumentaría al mismo ritmo que su capacidad de legislar sobre las problemáticas vinculadas directa o indirectamente con la salud pública, y de regular un abanico de actividades sociales, culturales y económicas que actúan sobre la salud. Así, una parte considerable de la acción inicial de la SSA tuvo como objetivo, a partir de las prácticas salubristas y de atención a la salud, incorporar a las 84 000 localidades rurales dispersas por todo el país y a las comunidades indígenas “técnicamente atrasadas” en relación con el nuevo proceso de desarrollo. En ese contexto, los programas de higiene y educación para la población campesina tuvieron un rol ideológico importante como principio ordenador en la sustitución de las prácticas médicas originadas de la experiencia de estos grupos sociales (Aguirre-Beltran, 1986: 32).

A su vez, el IMSS fue creado en una coyuntura marcada por las disputas por el control del movimiento obrero entre las diversas organizaciones y corrientes sociales, lo que derivó en la salida de grandes sindicatos de la Confederación de Trabajadores de

México (CTM) (Bizberg, 1990), así como por la agitación desatada por la caída de los salarios (Brachet-Márquez, 1996) y el debate en torno al nuevo código del trabajo. Desde su gestación, la “reformista” Confederación Regional Obrera Mexicana (CROM) –conocida por “subordinar los intereses de sus miembros a las necesidades del estado” (Carr, 1996: 43)– y los seguidores de Fidel Velázquez en la CTM y otras Confederaciones y sindicatos, apoyaron al gobierno en la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social universal. En oposición a ellos estaban los lombardistas y otras tendencias más de la izquierda y de anarco-sindicalistas presentes en la Confederación General de Trabajadores (CGT), los cuales proponían servicios gratuitos garantizados vía contrato de trabajo. En aquel entonces, algunas fábricas tenían su propio servicio médico, lo que hacía que la lucha por la salud y por las condiciones salubres de trabajo se diera dentro del local de trabajo. También se oponían al proyecto de seguridad social los empleadores, quienes apoyaban una cobertura gradual, y algunas organizaciones de médicos, particularmente el Sindicato de Médicos Cirujanos del Distrito Federal, que defendía la práctica liberal de la medicina (Soria, 1995: 48 y Pozas Horcacitas, 1983).

La creación del IMSS, junto con el nuevo código del trabajo –que, entre otros propósitos, atacaba el derecho de huelga– afianzó el poder burocrático del grupo fidelista al otorgar a la CTM el monopolio de la representación en sus mesas directivas tripartitas, al lado del gobierno y de la representación patronal. La CTM tendría asiento con siete miembros, la Confederación Regional de Obreros Mexicanos (CROM) con uno, y la Confederación Regional de Obreros y Campesinos (CROC) con dos. Fue sólo en 1970 cuando la Confederación Nacional Campesina (CNC) logró participar, a pesar de que la seguridad social para el campo se había iniciado en 1954 (Wilson R., 1981). Tal mecanismo, al convertir a los obreros movilizados en organizaciones de masas en una parte de la estructura de poder del Estado mexicano, permitiría a éste responder por la gerencia del problema redistributivo sin desequilibrar bruscamente la dinámica de la competición política intra-elites. Estos grupos organizados en sindicatos corporativos pasaron a verbalizar sus demandas a partir de las instancias burocráticas administrativas del Estado, como veremos a continuación.

Lo anterior implicó la institucionalización de un modelo de seguridad social segmentado por una categoría profesional de base “corporativista”, basado en la tradición bismarquiana de un seguro social contributivo obligatorio que actúa para complementar el mercado, produciendo niveles de protección que reflejan los rendimientos laborales, cuya extensión es limitada y diferenciada para el asalariado urbano, y se compensa con un sistema de asistencia social nacional, responsabilidad del Estado centralista-interventor y rector del desarrollo. Como ya se verá, el reconocimiento del carácter tutelar del Estado se manifestó a través de un complejo institucional regido por diferentes valores; los diversos grupos de interés procesaron sus demandas y se integraron al juego político de forma segmentada y jerarquizada. Esa forma de procesar las demandas a través de las instituciones estatales implicaría diferentes grados de compromiso y de tipos de intervenciones públicas.

Ese complejo institucional estuvo conformado tanto por organizaciones de carácter asistencial –que promovían actividades de salubridad dirigidas a la colectividad y respondían por la salud individual de los grupos sociales de escasos recursos–, como por instituciones de seguridad social, dirigidas a proteger a los trabajadores y a sus familias de los infortunios de la vida. La Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, fueron las instituciones asistenciales más significativas. Lo mismo las de Seguridad Social, como parte de las actividades del Estado dirigidas a los trabajadores sujetos a una relación formal de trabajo, para protegerlos de los infortunios y restaurar la salud individual y de sus familias, constituidas bajo el principio de reparto de carácter obligatorio. Al lado del IMSS se crearon el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), los de la Comisión Federal de Electricidad (CFE), los de Ferrocarriles Nacionales de México (FNM), los de la Secretaría de Marina (SEMAR), los de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), y otros. Posteriormente, algunas de esas instituciones se incorporaron al IMSS.

1.2. INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y SUS BASES DE NEGOCIACIÓN: CONSOLIDACIÓN DEL MODELO CORPORATIVO DE INTERMEDIACIÓN DE LOS INTERESES ARTICULADO AL PROYECTO DE INDUSTRIALIZACIÓN EXCLUYENTE

Con el surgimiento y expansión de las instituciones de seguridad social en un marco de fortalecimiento del modelo de crecimiento basado en la industrialización a partir de la década de los 50, la salud pública dirigida a la población pobre indígena y pobre del campo y de la ciudad, fue perdiendo su importancia en el proyecto social del Estado mexicano, encausando una disminución de sus recursos para atender a esa población e introduciendo una tensión permanente entre curación y prevención, y, por supuesto, entre las instituciones de seguridad social y las de salubridad y asistencia. La rápida recuperación de la fuerza de trabajo a través de la atención médica, interesó al propio trabajador, al Estado, a los empresarios y al complejo médico-industrial que iba creciendo articulado al mercado generado por la propia expansión del IMSS.

Como ya se dijo, la organización de la seguridad social en México comenzó con los trabajadores del sector productivo del Estado (trabajadores de Petróleos de México y los ferrocarrileros), y después se expandió al sector obrero, consolidándose en los años 60 con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y en 1973 del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT). Esa tendencia fue parte del giro que se dio a partir de 1946, en la gestión de Miguel Alemán (1946-1952), de fortalecer el desarrollo económico a costa del sector rural y del control de los salarios de los trabajadores (Aldrete-Haas, 1991: 64; Bizberg, 2004: 145), y de recurrir a la política social más como instrumento de gestión del conflicto político que de la cuestión social en sí.

Como parte de esta tendencia, se advirtió una eliminación “en las organizaciones sociales de los dirigentes comunistas primero, y de los líderes más auténticos e independientes surgidos durante el cardenismo, al tiempo que se imponían dirigentes afines al gobierno” (Bizberg, 2004: 145). Para ese entonces, tanto el IMSS como la Secretaría de Salubridad y Asistencia estaban formando sus sindicatos, los cuales se constituirían en una fuerza importante, en parte debido al número de afiliados y a su rol en el mantenimiento de la estabilidad en el sistema corporativo, y también debido al propio contrato colectivo de

trabajo que permite al sindicato gestionar, junto con las autoridades, la mano de obra. Es también cuando el Partido de la Revolución Mexicana (PRM) se transformó en el Partido Revolucionario Institucional (PRI), dando con ello inicio a una relación muy particular entre partido y régimen, aquella que marcó los límites de negociación de las políticas de protección social. A partir de la literatura especializada, y sustentando la síntesis elaborada por Prud'home (2002: 4), considero que esa organización adquirió el monopolio del manejo simbólico de la gesta revolucionaria y se constituyó como el espacio en el que se daban los reajustes políticos, consolidándose como un canal de acceso privilegiado, cuando no único, al universo de los sindicatos corporativos y organizaciones populares.

Además, el PRI se transformó en una fuerza de coerción de una red vertical de lealtad, basada en un sistema de incentivos que encausaban una lealtad política al lado de los sindicatos corporativos que actuaban como intermediarios en la relación entre el Estado y la fuerza laboral. En ese marco de relación entre el Estado y la sociedad, varios autores explican la consolidación y expansión de las instituciones de seguridad social en torno a las organizaciones sindicales con mayor capacidad de movilización política. Brachet-Márquez, por ejemplo, vincula en su análisis a la expansión de la seguridad social con las luchas obreras en oposición a una lectura centrada solamente en el Estado. Su tesis busca recuperar el papel de las clases subordinadas en la formación de los mecanismos políticos en México, argumentando, al mismo tiempo, que el Estado responde a las presiones sociales, ampliando y expandiendo los servicios de las instituciones de seguridad social, y fortaleciendo los sindicatos corporativos, uno de los instrumentos de control de los grupos independientes.

Lautier (2004), por su parte, vincula el surgimiento de la seguridad social con las grandes tradiciones europeas que planteaban el “desarrollo de la industria” como condición para generar una sociedad de pleno empleo y superar el estado de atraso, y explica su expansión en México bajo “el efecto de enganche” sobre una base de compromisos categoriales con los sectores. Es decir, independiente de un proyecto de expansión de la industrialización, y más vinculado con la estrategia política de negociación de los conflictos.

En palabras de Lautier (2004: 386), “en cada período en que se manifiesta la necesidad de ampliar el compromiso político resulta ‘sencillo’ ofrecer a nuevas categorías de asalariados las ventajas que ya perciben las más antiguas”. La contraparte de esa expansión es el surgimiento de una burocracia estatal sindicalizada con un estatuto jurídico propio que genera diferencias y privilegios dentro de la propia clase trabajadora y, en particular, en los trabajadores del propio sector salud.

En el caso, por ejemplo, del IMSS, sus trabajadores gozaron de un esquema especial de pensiones que les permitieron jubilarse con una pensión mensual equivalente a su último sueldo, o incluso mayor a éste. Además, tienen derecho a recibir dicha pensión hasta su muerte y a que el monto de ésta se vaya ajustando a la inflación en la misma medida que el salario mínimo (lo que se conoce como pensiones dinámicas). Asimismo, conservan todas las prestaciones que tenían como trabajadores en activo, tales como el aguinaldo, el acceso gratuito a servicios de salud, etcétera. Y como ejemplo de las condiciones favorables de las que gozan al momento de su jubilación, reciben, incluso, un monto de dinero adicional al momento de dejar su plaza (Larralde Corona, 2005).

Por consiguiente, la ampliación de la seguridad social fue condición política del proceso de industrialización, el cual actuó como un instrumento para armonizar la relación entre el capital y el trabajo al proteger socialmente al trabajador de la industria, quien participó representado a través de sus sindicatos corporativos. Políticamente, esta ampliación fue interpretada como un elemento de paz social y de estabilidad política, y como expresión del compromiso del Estado con la clase trabajadora.

Diversos autores coinciden en que la mayor expansión del régimen de seguridad se dio después de 1958, con el crecimiento acelerado de la economía, y después de un periodo de represión violenta hacia el movimiento ferrocarrilero disidente, y a las huelgas de los maestros y telegrafistas. Esa fue la época del oficialmente llamado desarrollo estabilizador. Como contrapartida a la represión de las reivindicaciones obreras por mejores salarios, y aunada a la necesidad de legitimidad social junto a los sectores corporativos al PRI, el gobierno aumentó la cobertura de la seguridad social, y promovió la extensión de prestaciones sociales y de servicios como parte de la política laboral. Se creó entonces el Instituto de la Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, y se

empezó a discutir la posibilidad de incorporar a éste a los sectores agrícolas con alta capacidad contributiva –tales como los cortadores de caña de azúcar, y otras categorías como la del sector eléctrico y de los ferrocarriles– a la seguridad social (Brachet-Márquez, *op.cit.*).

Soria (1995: 48), a pesar de que señala que el empuje inicial de la seguridad social “provino de los empleados públicos, de los maestros de educación básica, de los militares, de los petroleros y de los ferrocarrileros, y no de las organizaciones obreras industriales,” reconoce que, en general, su expansión o mejoramiento ocurrió como consecuencia de una huelga o de movilizaciones de la clase trabajadora (*ibid.*, 50). Soria cita, como ejemplos de ello, el caso de los ferrocarrileros que tuvieron un aumento de beneficios en 1948 tras salir de la CTM; el incremento de las prestaciones, en 1949, para contrarrestar la presión de las organizaciones independientes; y el caso de los cañeros como el primer grupo rural en recibir el servicio de maternidad después de una huelga.

Un elemento particular de las instituciones de seguridad social es el dominio del corporativismo como instancia de intermediación de los intereses y de incorporación de los actores sociales a la estructura de poder. A pesar de que en México no se dispone de una base empírica de investigaciones sobre la intermediación de los intereses y el proceso de formación de políticas para las instituciones de seguridad social, ni tampoco acerca de la base de algunos estudios particulares del IMSS (Wilson, *op. cit.*), o sobre el sindicalismo corporativo y su papel en el proceso de decisión de algunas políticas sociales de México (Aldrete-Haas, *op.cit.*), es posible analizar, a grandes rasgos, el papel que juegan el corporativismo y sus instrumentos como instancia de intermediación de los intereses, en el control de los recursos y el proceso de decisión.

En México, el corporativismo corresponde, más que nada, a un arreglo de poder de grupos mayoritarios de trabajadores y de empresarios con el Estado, en el cual los actores involucrados abdican de la participación política autónoma al considerar el marco legal que ofrece el Estado como el mejor para la defensa o para sustentar sus ideales en el futuro. Por su parte, el Estado participa con un recurso de coerción, eliminando la competencia y la inestabilidad introducida por los grupos disidentes. De esa forma, no sólo limita el número de interlocutores, si no que también integra bajo su control a los representantes de los

factores de producción, capital y trabajo al proceso de formación de políticas redistribuidas. Esto se ve claramente expresado en la conformación del sistema de gestión del IMSS, el cual, a pesar de que constituye un organismo autónomo, descentralizado, con presupuesto propio y compuesto por delegaciones regionales operativas, tiene una estructura de toma de decisiones altamente centralizada y corporativamente representada. Su autoridad máxima, el Director General, es designado por el presidente de la república y forma parte de su llamado gabinete ampliado. En general, los Directores designados procedían de las filas de confianza del PRI y del gobierno, y, con frecuencia, su perfil correspondía al de un político y no al de un especialista en seguridad social,⁶ con vínculos en el sector obrero y empresarial. El Director General no sólo se hace representar a través de las delegaciones regionales y estatales, sino que también es quien coordina y preside la Asamblea General, el Consejo Técnico (órgano fundamental de gobierno), la Comisión de Vigilancia y la Dirección General (todas instancias tripartitas), y dirige la compleja burocracia que, a partir de 1964, ha aumentando particularmente su número de órganos, llegando hasta tercer nivel (Morales Portas, 1992).

En la Asamblea General, integrada por treinta miembros, y el Consejo Técnico, por seis personas, sus integrantes pueden ser reelegidos tras haber cumplido un periodo de seis años. Existen casos paradigmáticos que reflejan la naturaleza patrimonialista de recompensa y el grado de vínculos entre los representantes sindicales, la burocracia y el partido oficial. Uno de ellos es el caso de Alfonso Sánchez Madariaga, quien alternaba su cargo como Consejero de la CTM con el de senador por el PRI. También están Blas Chumacero, asambleísta representante del sector obrero desde 1945, y Rafael Ortega Cruz, quien fungió como representante gubernamental entre 1953 y 1957, y después como consejero de la CROC en el IMSS, entre 1957 y 1969 (Wilson, *op. cit.* y Cuestión Social). Dichos casos representan el ejercicio del poder de los sindicatos corporativos que mantuvieron a Fidel Velázquez, secretario general de la CTM desde su elección en 1948 hasta su muerte.

⁶ El Dr. Santiago Levy (2001-2006) fue, posiblemente, el primer director del IMSS con un perfil más técnico vinculado con las autoridades de Hacienda y el sector privado.

El trabajo de Wilson (*op. cit.*) permite comprender el papel que juega el corporativismo en las comisiones tripartitas del IMSS. De acuerdo con su análisis, esas instancias se constituyeron más en un espacio para solucionar reclamos puntuales y como foro de quejas contra la Institución (usado tanto por obreros y patrones), que como una oportunidad de ingerencia de los sectores sociales en los planes de la institución o de un vehículo de articulación de diferentes puntos de vista constituyentes de un grupo de interés. Wilson argumenta que el poder de los consejeros para conseguir beneficios materiales y sociales proviene de su lealtad más para con la propia institución que para con los intereses que representan. Defender la institución como una agencia de servicio social del trabajador es la obligación primaria de un consejero (Wilson, *op. cit.*); éste personifica al propio Estado y actúa como un transmisor de los intereses del Estado junto a los trabajadores; a él corresponde garantizar la aceptación de las decisiones tomadas desde arriba junto a sus representados, comunicar las reformas, convencerlos de sus beneficios y desmovilizar oposiciones.

Wilson sugiere que el tripartidismo aunado a la representación de los intereses de forma corporativa, como arreglo de gestión, no inhibe al presidente para ejercer un completo control sobre el IMSS y para actuar como agente del orden industrial que concilia, promueve compromisos, desalienta demandas conflictivas entre el sector obrero y empleador y, sobre todo, defiende sus propios intereses. Es él quien, en última instancia, a través del control que ejerce sobre las diversas instituciones del Estado, detiene los instrumentos de cohesión que condicionan la propia capacidad de negociar de los actores. En estas condiciones, la legitimidad de las cúpulas de las organizaciones corporativas reconoce que la condición de lealtad y de obediencia de los de “abajo” se conquista “gracias al entendimiento con el gobierno” (Bizberg, 1990: 168).

De acuerdo con Soria (1995), se puede decir que, a través de las instituciones de seguridad social, el Estado contó con un importante instrumento de regulación de los conflictos entre el trabajo y el capital. El privilegio y el particularismo, más que el derecho, fueron la marca de la expansión desigual de la seguridad social y de la feudalización de su maquinaria administrativa por grupos de poder, personalidades y/o cúpulas sindicales, lo que ha ayudado a crear la “impresión”, como señalan Cordera-Campos y González-

Tiburcio (1992: 211), de que eran propiedad de círculos de intereses tanto poderosos como cerrados.

A) La expansión de los servicios prestados por la seguridad social y la consolidación del modelo médico-asistencial.

En una primera etapa, la expansión de las instituciones de seguridad social, y en particular del Instituto Mexicano del Seguro Social, fue lenta y acompañó el desarrollo industrial y el afianzamiento de las organizaciones corporativas con el sistema político de partido único. En un principio, entre 1944 y 1950, el IMSS subrogó servicios médicos curativos en las principales zonas industriales del país, para poco después desarrollar su propia red de servicios y centros sanitarios frente a las discriminaciones que sufría el obrero a diferencia de la clientela particular (Ruiz Moreno, 2004: 101).

Los primeros servicios fueron instalados primero en la Ciudad de México y después en Puebla y Nuevo León (debido el incremento de accidentes y enfermedades laborales). En 1946 se extendieron a Guadalajara, en 1947 a Veracruz, Orizaba y demás municipios, y, al año siguiente, al Estado de México y los municipios de Cuahutémoc, Nicolás Romero, San Bartola, Naucalpan y Tlalnepantla. De 1944 a 1950 la cobertura se expandió de 355 000 derechohabientes a 974 000, y continuó su expansión hacia los municipios industriales de todo el país, de forma que, entre 1987 y 1988, 40.2% de la población económicamente activa estaba cubierta con pensiones en México. En 2003, según datos proporcionados por las instituciones de seguridad social, aproximadamente 55% de la población estaba protegida, por lo que más de 45 millones de mexicanos carecían todavía de esa protección debido a los vínculos existentes entre su financiamiento, la nómina y los beneficios (Ruezga, 2005: 110, 115 y 35).

De tal forma que, desde su inicio, la industria petrolera PEMEX, fortalecida por la política de nacionalización, estableció sus propios servicios médicos, independientes de los del IMSS (Cabrera G. y Hazas A., 1992). Este grupo laboral tenía un trato preferencial en cuestión de seguridad social respecto del resto de los trabajadores organizados debido a su importancia estratégica para la economía y para el proyecto de industrialización.

La expansión de la seguridad social estuvo acompañada también por el crecimiento de una poderosa red hospitalaria pública volcada a la asistencia médica curativa como símbolo del progreso, convirtiéndose en un mercado cautivo para la industria privada nacional y, principalmente, extranjera, productora de insumos, equipos médico-hospitalarios y medicamentos, así como en un importante mercado de trabajo para los jóvenes médicos afianzados por la medicina de especialista y sus principales centros formadores, en particular la Facultad de Medicina de la UNAM.

Fue así como surgió una medicina institucional asentada en un modelo tecnosistencial de base curativo enfocado en el médico que actúa sobre el individuo enfermo para que se recupere lo más pronto posible y pueda regresar a su actividad productiva. En estas condiciones, la organización de la producción de los servicios tendió a la creciente absorción de todas las aportaciones científicas y tecnológicas de la ciencia médica que fue interpretada, de acuerdo con Cárdenas de la Peña (2003: 8) “[...] en beneficio directo del propio Estado, que debe contar –como factor primordial para su florecimiento (como nación) – con el bienestar y la perfecta salud física y mental de sus componentes”. La asistencia como parte de la relación tutorial del Estado con la clase obrera debe descansar en el progreso de la industrialización.

La expansión de la cobertura les dio liderazgo ideológico y tecnológico, y colocó a las instituciones de seguridad social en una posición de clara hegemonía sanitaria con base en un modelo de atención jerarquizado de los servicios clínicos hospitalarios, centrado en el médico especializado que, en general, mantenía su consultaría privada (Coplamar, 1989: 129). De manera que, junto con las instituciones que se ocupaban de la cuestión de la vivienda y de la educación, dieron la imagen emblemática del desarrollismo modernizador y del poder del sector obrero, uno de los grupos que brindan un poderoso apoyo al Estado.

El resultado fue la creación de una infra-estructura médica importante que concentró la tecnología más avanzada y a los mejores especialistas. En sus primeros veinte años se construyeron el Hospital General de Zona Gabriel Mancera (inaugurado en 1948 con la primer área de maternidad del IMSS, con 298 camas de hospitalización) y el Centro Médico La Raza, inicialmente Hospital de Zona Número 1, con 700 camas y la primera sede de formación de especialistas médicos del IMSS (1952), y que al año siguiente creó el

primer servicio de medicina nuclear del país (Farjado-Ortiz G., 2003). Estos hospitales pasaron a ser también centros de investigación y de formación de recursos humanos para el propio IMSS.

Esa infraestructura, definida por la CTM como la más moderna de América Latina, fue interpretada como uno de los frutos más valiosos de la Revolución, lo que comprobaba su compromiso con la clase trabajadora en lo que se refería a la seguridad e higiene social, para garantizar la salud de los trabajadores asegurados y sus derechohabientes (CTM, 1968).

1.3. LA SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA Y LA COMPLEJA RED DE INTERMEDIACIÓN DE LOS INTERESES: LOS VÍNCULOS ENTRE EL CENTRO Y LOS PODERES REGIONALES Y LA CORPORACIÓN MÉDICA.

En cuanto a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy sólo Secretaría de Salud, SSA) responsable de la puesta en práctica de las acciones de salubridad y de asistencia para los grupos excluidos del desarrollo industrial, a medida que crecían las instituciones de seguridad social su presupuesto disminuía, recibiendo sólo la tercera o quinta parte de los recursos de otras instituciones de salud y seguridad social para atender a las casi dos terceras partes de la población pobre del país (López Acuña, 1980: 174). Con estos recursos, la Secretaría llevó adelante tanto sus acciones tradicionales de inmunización, las campañas y los diversos programas de combate de las epidemias, como el mantenimiento de una importante red hospitalaria de tercer nivel de atención, casi toda localizada en la Ciudad de México. Ese presupuesto, además de ser muy inferior al del IMSS, era objeto de disputas entre los diversos programas, comisiones y la red de hospitales generales y de servicios médicos administrados por distintos órganos dentro de la SSA.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia se consolidó como parte del desarrollo centralizador de la política federal que tomó expresión en 1943, cuando se dio la fusión entre el Departamento de Salubridad, que respondía por las acciones de salud pública y prevención, con la Secretaría de Asistencia, que promovía la atención curativa asistencial. Con esa fusión, el ejecutivo consolidó su posición de guardián y promotor del bienestar,

constituyéndose en el principal proveedor de medidas de control sanitario, fuente de atención médica para los grupos de escasos recursos, de empleo para los trabajadores de la salud y de poder para la corporación médica vinculada con los hospitales nacionales y los programas verticales de control de epidemias.

Su actuación y conformación se hizo a través de una política que tendió a favorecer la concentración del poder y de los recursos en el ámbito ejecutivo, y de intervención en los Estados en función de los intereses centrales para minimizar y controlar los poderes locales y los de su propia burocracia. Esa política favoreció la conformación de una estructura fragmentada y jerarquizada, conformada por una agregación de distintos programas formulados y controlados por el ejecutivo nacional, y sustentados en diferentes bases técnicas, administrados por distintas instancias dentro de la SSA que rivalizaban por los recursos. Eso generó una duplicación de esfuerzos y mermó los escasos recursos a través de múltiples instancias administrativas, comisiones y direcciones que respondían a las diferentes estrategias y modelos de atención, y a la conformación de una red de hospitales organizados según las enfermedades, así como una distribución desigual de los recursos entre las diferentes regiones del país.

Al lado de los Servicios Médicos Rurales y de los Servicios Coordinados de Salud Pública de los Estados, controlados por los salubristas organizados de forma gremial en la Sociedad Mexicana de Salud Pública y apoyados en los poderes políticos regionales, que eran la instancia responsable de los servicios de atención a la salud y de la puesta en práctica de medidas preventivas y de promoción a la salud mediante la inclusión de las comunidades, la SSA actuaba en asuntos de salubridad estatal promoviendo un saneamiento ambiental a través de la Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria, y regulando un conjunto de prácticas económicas, sociales y culturales que intervenían en la salud colectiva por medio de programas específicos. La atención se daba en centros de salud que, en general, se localizaban en las cabeceras municipales y en casas de salud en las comunidades rurales más dispersas. En general, tanto los centros de salud como las casas de salud funcionaban con muy pocos recursos; el recurso humano más importante eran el médico o médica pasante de medicina y las auxiliares de enfermería oriundas de la misma comunidad, cosa que no ha cambiado mucho. Sin embargo, estos recursos no lograban

satisfacer las necesidades mínimas de la comunidad rural, y servían, fundamentalmente, para la atención prenatal, de la maternidad y como auxiliar elemental para urgencias (SSA, Atlas de la Salud, 1973: 90). La SSA también prestaba atención médica individual mediante una red hospitalaria central localizada en la Ciudad de México, y promovía una diversidad de programas y campañas verticales organizadas en torno a problemas específicos de salud como, por ejemplo, la malaria y la fiebre amarilla. Algunos de estos programas incluso llegaron a constituirse en un órgano autónomo de la SSA que gozaba de muchos recursos y apoyos, lo cual significó una valoración del programa, más recursos financieros y humanos y capacidad de puesta en práctica, lo que redundaba en poder.

Entre 1959 y 1964, existieron en la SSA ocho direcciones generales más organismos descentralizados, que eran cuatro grandes hospitales, y una diversidad de programas, algunos semi-autónomos. La Dirección de Servicios de Salud Pública en los Estados respondía por diecisiete programas organizados en torno a enfermedades específicas o distintas campañas. Al lado de la Dirección de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y territorios estaba la Dirección de Servicios Médicos del Distrito Federal.

De forma paralela, se desarrolló una extensa base hospitalaria iniciada con la creación del Hospital Infantil de México, Federico Gómez (1943), acompañado por el Instituto Nacional de Cardiología, Ignacio Chávez (1944), del Hospital de Enfermedades de la Nutrición (1946), del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (1952), del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (1959) y otros. Estos hospitales no sólo prestaron servicios a la población urbana, sino que también se configuraron como centros de investigación y formación de recursos humanos, lo que significó que la elite médica de México estaba en ellos.

Vale la pena citar algunas de las principales acciones llevadas a cabo por la SSA en el ámbito de las enfermedades transmisibles, acciones que, de alguna forma, incidieron en la salud de los mexicanos y fueron consideradas el orgullo de los sanitaristas (Higiene, 1993: 6): en 1948 se oficializó la campaña contra la oncocercosis y se promovieron los reglamentos para la campaña contra las enfermedades venéreas y el libre ingreso al país de los medicamentos para el tratamiento de la lepra, la sífilis, el paludismo y la oncocercosis. En 1949 se declararon zonas de bocio el Distrito Federal y diferentes Estados de la

República. En 1952 se declaró oficialmente la erradicación de la viruela, y en 1953 se creó el Comité de Lucha contra la Poliomiélitis. En 1955 se reglamentó la profilaxis de la lepra y se creó la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo (de 1950 a 1970 los recursos para la campaña casi se triplicaron, pasaron de 55 millones de pesos en 1965, a 140 millones, y la tasa nacional de casos, que era de 89.0 en 1960, se redujo en 1970 a 0.07 defunciones por cada 1 000 habitantes [SSA, 1973: 62]). En 1956 se estableció que los certificados de defunción fetal debían presentarse y surtir efecto ante las autoridades judiciales y administrativas. En 1959 se fundó el Comité Nacional de Lucha Contra la Tuberculosis, y al año siguiente fue creado el Laboratorio Central de Tuberculosis. En 1961 se dio inicio a actividades de la Campaña Nacional para la Erradicación del Mal de Pinto, y en 1963 se consideró al bocio como un grave problema de salud pública. En 1963 se certificó la erradicación de la fiebre amarilla y del *Aedes aegypti*, y se inició el programa de vigilancia –aunque en 1969 se reinfectó la parte noroeste con ese transmisor– (SSA, 1973: 61). Fue también en esa época cuando se declaró obligatoria la inmunización contra la poliomiélitis, y a fines de 1967 se realizó el primer programa de erradicación de esta enfermedad por medio de una campaña intensiva de vacunación. En 1966 se inició la Campaña de educación higiénica entre los manejadores de alimentos, y en 1978 se publicó el Cuadro Básico de Medicamentos del sector público y se estableció, con carácter obligatorio, la Cartilla Nacional de Vacunación.

Otra de las particularidades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia es la relación que se estableció entre los médicos como profesionales de los problemas de salud que administraban los servicios de salud pública. La dirección (el secretario o el ministro) de la SSA, en general, estaba en manos de un médico perteneciente a la selecta Academia Nacional de Medicina y funcionario con una larga trayectoria en las instituciones, hospitales e Institutos Nacionales. La Academia es considerada por algunos analistas como el centro de gravedad de la profesión médica, y, en términos políticos, como paso obligatorio de los Secretarios del ramo. Según Cleaves (1985), los médicos fueron “incorporados al Estado a medida que éste se desarrolló” en una relación de alianza con los grupos de poder del PRI. El poder de estos especialistas no es dado por su legitimidad profesional, sino por las múltiples transacciones con la burocracia y con los políticos, lo

que implica un proceso de formulación de políticas dominado por los intereses partidarios (Cleaves, *op. cit.*: 24).

Con respecto a la negociación de los recursos para la SSA, nunca se contó con un mínimo garantizado socialmente para la llamada “población abierta”, objeto de las acciones de la SSA. Eso llevó a que la negociación del presupuesto entre los diversos programas (lepra, paludismo, viruela, fiebre amarilla, de obras rurales por cooperación, planificación familiar), comisiones (Nacional de Planeación y Organización de hospitales) y direcciones (Dirección de Educación Higiénica, Dirección de Servicios Coordinados de Salud Pública, de la Asistencia Médica, de Bienestar Social y Rural), transformara a los mismos en un ámbito de poder de la corporación médica y de los grupos políticos vinculados con el PRI, donde las relaciones clientelares influyeron en la jerarquización de las dependencias y en el acomodo de los intereses en conflicto (González Block, 1989: 133).

Las principales instancias que respondían por la salud en el medio rural fueron los Servicios Médicos Rurales Cooperativos que contaban con recursos financieros del gobierno federal, de los ejidatarios beneficiados y de la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública de los Estados, con representación en éstos y en las Jurisdicciones Sanitarias. Los Servicios Médicos Rurales no eran homogéneos, dependían de la capacidad de financiamiento de los ejidatarios y de su nivel de organización y, en algunos casos, estaban orientados a mejorar las condiciones de vida y la situación sanitaria de las comunidades, y se llevaban a cabo por medio de la participación comunitaria (Hernández Llamas, H., 1984).

Dentro de un marco de extensión de cobertura a la población rural en general (que, hasta 1960, representó más de la mitad de la población mexicana), se buscó ampliar la red de servicios y combatir las enfermedades transmisibles por medio de la construcción de centros y casas rurales de salud (Álvarez Gutiérrez, 1984: 271). De forma paralela a la acción de los Servicios Coordinados se crearon diversos programas, entre ellos el Programa de Bienestar Rural que actuaba sobre la comunidad como agente de promoción y ejecución de todos los trabajos necesarios para elevar su nivel de salud y su propio desarrollo socio-económico; sus principales actividades estuvieron dirigidas a la higiene materno-infantil, a la promoción del desarrollo de pequeñas unidades económicas, al saneamiento ambiental, a

la educación, al mejoramiento de la alimentación y a la promoción de obras públicas (Fujigaki Lechuga, A., 1984: 263).

Esos Programas son una respuesta tímida de la fusión de los Servicios Ejidatarios a los Servicios Coordinados, como consecuencia de la pérdida de importancia de ese sector para la economía y del crecimiento de asalariados agrícolas en determinadas zonas del país. Estos grupos fueron organizados por la Confederación Nacional Campesina, y pronto pasaron a demandar su participación en la seguridad social. En ausencia de recursos o interés para promover una seguridad social campesina para más allá del vínculo laboral formal, la Secretaría de Salubridad y Asistencia continuó con la promoción de programas de extensión de cobertura, casi todos apoyados en los Programas de Distrito Integral de Salud Pública, de Obras Rurales por Cooperación y otros que, en general, contaban con muy pocos recursos.

En suma, mientras la seguridad social se consolidaba con la industrialización, con una importante red de hospitales especializados y de intereses corporativos políticos y económicos, las instituciones de asistencia social paliaron los problemas más urgentes de la población rural y de las capas marginales urbanas, combinando los programas de salud (vacunación, planificación familiar, control de vectores y atención básica) con los intereses regionales y locales de la maquinaria electoral del partido oficial. La salud de la población indígena y campesina dependía, en gran medida, del continuismo de la visión populista articulada al proyecto agrarista-cardenista presente en algunos programas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y de los vínculos de clientelas que se establecían entre estos programas con los poderes locales a través de los caciques. En ausencia de los servicios públicos, la población referida contó también con las prácticas populares y fue asistida por hombres y mujeres de sus propias comunidades.

La corporación médica tanto de las instituciones de seguridad social como de las de asistencia social promovió que sus intereses estuvieran representados en los procesos de organización y de gestión del modelo de atención.

1.4. LA POLÍTICA DE SALUD DEL PERÍODO DEL *BOOM* PETROLERO: LA CONSOLIDACIÓN DE LA EXPANSIÓN DESIGUAL DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

A) Contexto socio-sanitario de carencia y de desigualdad social frente a la vida, la enfermedad y los servicios de salud.

El México exitoso que emergió a principios de los años 70 con el desarrollo industrial fomentado y protegido por el Estado, se vio presionado a buscar respuestas a la situación caracterizada como “rezago social” y a la nueva pauta de demanda introducida por los grupos sociales fortalecidos y promovidos por el desarrollo estabilizador. El crecimiento económico sustentado en un sistema de partido único y en relaciones de naturaleza corporativa y de clientelas, no había logrado una mejoría equitativa para todos los sectores sociales, ni tan poco había favorecido la conformación de un sistema de protección social inclusivo, capaz de intervenir a favor de los más necesitados, a pesar del subregistro y de lo poco confiable que eran las estadísticas que indicaban que una porción importante de la población tenía una tasa de mortalidad general similar a la que el país tenía en 1940 (Coplamar, *op.cit.*: 64).

Persistían la pobreza, el analfabetismo (23.8% en 1970), la desnutrición y muchas muertes evitables, aunadas a la baja cobertura de los servicios dirigidos a la población pobre y a la poca importancia de la SSA en comparación con las instituciones de seguridad social, aun cuando se pudiera observar un gran avance en el proceso de industrialización, del crecimiento de los PIB nacionales y de las instituciones de seguridad social, lo mismo que en las tasas generales de mortalidad infantil y de esperanza de vida al nacer. De acuerdo con Hernández Bringas (2001: 46), las muertes de niños de 0 a 5 años de edad representaron el 40% del total de las muertes ocurridas en el período 1929-1931, proporción que disminuyó a un 25% para 1978, indicando una disminución de las tasas absolutas.

Para 1970, de acuerdo con el Atlas de la Salud (SSA, *op.cit.*: 26a), el 60% de la población nunca consumía carne, y sólo el 16.84% lo hacía diariamente, ostentando un promedio de consumo de proteínas de 77.2 g y de 2 669 calorías, siendo este consumo en el campo de 1 115 calorías por persona (pp. 74b y 75). La tasa de mortalidad general fue de 9.9, y la infantil de 81.1, lo que, de acuerdo con los salubristas de entonces, “indudablemente era un indicio no sólo de los factores ambientales y económicos, sino de las condiciones culturales de la población que se refleja en los hábitos maternos, en el

cuidado de los niños y en la atención de la sociedad frente a los recién nacidos y el cuidado de las madres en el momento del parto y con posterioridad a éste”.

Para 1970, la población considerada como amparada por las instituciones de seguridad social y por las que atendían a la población abierta como proporción de la población total, fue de 61%, seguidas por la SSA. Esa misma fuente estima que la participación del gasto en salud dentro del presupuesto de egresos de la federación se situó en alrededor de 7.3% para el período de 1970-1974 (1984: 71 y 79).

Además, el México de 12 millones de habitantes en 1900 creció a 26 millones en 1950 y a 50 millones para 1979, con una población rural que equivalía al 57.4% del total en 1950, y en 1970 al 43%, expresando así la pérdida de importancia de las actividades primarias en términos de valor agregado para la economía. Para 1970, ese sector contribuía con un 14.7%, el sector secundario con 30.1% y el terciario con 56.4% (SSA, 1984: 56). La población urbana tendía a concentrarse en el Valle de México, Guadalajara y Monterrey, y la población rural se caracterizaba por estar dispersa. En 1960 existían 78 700 localidades de menos de 500 habitantes; para 1970 esta cifra creció a 83 700 localidades. En las localidades con menos de 2 500 habitantes sólo 8% de las familias cubrían los Gastos Mínimos Reales (SSA, 1973: 76b). A esos factores hay que añadir los problemas de comunicación, elemento importante para garantizar la accesibilidad a los servicios de salud (SSA, 1984: 57).

Los cambios no eran solamente de naturaleza demográfica. Socialmente, México ostentaba una sociedad más compleja, diferenciada socialmente, con una clase media urbana significativa y diversificada en sus intereses y expectativas, con grandes grupos de población en áreas urbanas y rurales marginadas del desarrollo y que demandaban empleo e infraestructura. Ese contraste constituye una muestra de la escasa interacción entre los procesos económicos y sociales asociados al proyecto de desarrollo. A las tradicionales presiones obreras por mejores salarios y a las campesinas por tierra, se aunaban las de un número creciente de empleados de oficina, de maestros, de campesinos depauperados y de empresarios y propietarios agrícolas (Brachet-Márquez, 1994).

Estas desigualdades sociales se expresaban en salud a través de perfiles epidemiológicos en los que la morbilidad era predominantemente infecciosa, propia de la

situación de pobreza y de la ausencia de servicios mínimos de salud pública. En 1973, la mayor parte de las enfermedades fueron infecciosas y parasitarias (91 588 [20,0%]), las cuales respondían por una de cada cinco defunciones; mientras que las enfermedades diarreicas (58 321 [63.8%]) ocasionaron casi dos terceras partes de las muertes en este capítulo; la tuberculosis 8 873 (9.7%), una décima parte; la tos ferina, la fiebre tifoidea y el sarampión, todas ellas prevenibles por vacunación. Seguían las de las vías respiratorias, con 89 070 (19.2%), una de cada cinco defunciones, y las del aparato circulatorio, 63 634 (13.9%), con una de cada siete muertes (Loza-Saldívar, 1975).

En 1970, los servicios de salud disponían de 76 081 camas, con un déficit estimado de 17 979 camas (SSA, 1973: 90a), y en 1974, una de cada tres personas carecía del más elemental servicio de salud y más de 70 000 comunidades carecían, a su vez, de los servicios higiénicos básicos (Poza Horcaditas, 1983: 60). De acuerdo con el censo de 1970, citado por Aspe P. y Beristáin J. (1989: 278) 34% de las viviendas rurales no contaban con agua entubada, 41.5% del total del país contaba con disponibilidad de drenaje en su vivienda, y en zonas rurales solamente el 14%. En el Atlas de Salud (p. 82a) se afirma que en 1970 sólo 10.3% de la población nacional vio satisfechas sus necesidades en cuanto a número de cuartos disponibles en su vivienda al disponer de cinco cuartos o más; 37.4% de las personas vivían en un solo cuarto y 31.5% contaba con un cuarto especialmente dedicado a la higiene personal y excusado (p. 82b).

A su vez, los servicios de salud estaban mal distribuidos: en 1970 los Estados de muy alta marginación tenían un médico para cada 3 815 habitantes, mientras que en el Distrito Federal se contaba con uno por cada 542, diferencia que era extrema en los municipios: en los de alta marginación había 19 000 habitantes por cada médico, y en los municipios de baja marginación uno para cada 500 habitantes (Coplamar, 1987: 64). El Distrito Federal concentraba un 33.5% de unidades con 50 o más camas. De ahí las altas tasas de defunción en el grupo de menores de un año de edad: 68.5 defunciones por 1000 niños nacidos vivos se calculaba en la época, y la mortalidad perinatal era de 11.8. La mortalidad materna fue de 1.4 por 1000 niños nacidos vivos (SSA, 1984: 44).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Prevalencia de 1979, citada en documento de la SSA (1984: 44), el rango de mortalidad tomó valores de menos de 40 defunciones por

1000 niños nacidos vivos en áreas metropolitanas, y de 80 en localidades rurales. La misma Encuesta registra la importancia de las condiciones de la vivienda: muestra niveles de 40 muertes más por cada 1000 niños nacidos vivos registrados en viviendas sin agua entubada y sin baño, que en aquellas que sí contaban con dichos servicios.

La mortalidad estaba conformada también por problemas crónico-degenerativos y problemas de origen social, como las muertes asociadas a diversas formas de violencia. La desnutrición, citando a Pozas Horcacitas (*op. cit.*: 60), alcanzaba cifras que sobrepasaban el 40% de la población, particularmente la infantil. La esperanza de vida al nacer había aumentado para determinados sectores, igual que el nivel de escolaridad, particularmente entre los grupos fortalecidos y promovidos por el crecimiento industrial. Pese a estos avances, las tasas de mortalidad general continuaban altas, particularmente en los Estados más pobres y con población indígena como Oaxaca y Tlaxcala. En 1970, solamente en cuatro Estados (Aguascalientes, Distrito Federal, Jalisco y Nuevo León) 50% de las viviendas contaban con servicios de drenaje; en 12 Estados el 50% de las viviendas no contaban con agua entubada (SSA, 1984: 60).

La situación indicaba que los logros no llegaron a por lo menos la mitad de la población mexicana en términos de acceso cabal a la satisfacción de sus necesidades en salud, alimentación y vivienda, y que la mitad de las muertes ocurridas en 1974 eran evitables: “[...] derivan de padecimientos que tienen una cura fácil e inmediata” (Cantú A., 1982: 55). En palabras de Almada-Bay, son éstos “los muertos que no hacen ruido”.

Esta situación de desigualdad frente a la vida y la muerte comenzó a poner en jaque el patrón de expansión desigual de las instituciones estatales de salud basado en una medicina curativa que, según la interpretación de algunos, sólo aumentaba la “grieta estructural”. De esta forma, la población sin servicios de salud era significativa y los problemas de la enfermedad tomaban otra dimensión con la presencia de las enfermedades crónico-degenerativas y de los problemas provocados por la contaminación y la violencia, los cuales requerían de un modelo de servicios de salud capaz de actuar sobre los condicionantes-determinantes sociales y biológicos de la enfermedad y de su distribución desigual, así como de una organización de los servicios capaz de satisfacer las necesidades en salud.

B) La respuesta de los gobiernos priístas: expansión desigual de las instituciones de salud pública.

El ambiente político que enmarcó las políticas de salud en la década de los setenta fue de deterioro debido a los hechos de 1968 y su trágico desenlace, lo que marcó el inicio de un largo período de ajustes en el ejercicio del poder político para hacer frente tanto a la crisis socio-política como a la económica que ya se anunciaba.

No es de extrañar que la década de los setenta fuera de presión social,⁷ caracterizada por la insurgencia sindical liderada por organizaciones independientes que, según algunos analistas, “llegaron a poner en jaque al sistema en su conjunto” (Fernández-del Castillo, 1993: 67). También fue una década de inflación, de deterioro salarial, de desempleo y de conflicto entre las cúpulas sindicales y sus bases, de disputas entre líderes en las que los sindicatos oficiales actuaban para bloquear los intentos de organización independiente. Maestros, electricistas, petroleros y ferrocarrileros dieron prueba de combatividad y fueron violentamente reprimidos (Brachet, 1996).

La demanda por democracia y por una apertura del sistema político a nuevas fuerzas se hizo presente, y en menor medida, al igual que la crítica a la feudalización de las instituciones públicas por los grupos de interés y a la centralización del Estado. Esta combinación de fenómenos se expresó en las crecientes tasas de abstencionismo electoral, y sirvió para intensificar los conflictos en el interior del Partido Revolucionario Institucional entre las diversas corrientes y entre los sectores corporativos, representados por la Confederación de Trabajadores de México (CTM) y las clientelas urbanas, organizadas en la Confederación Nacional de Organizaciones Populares (CNOP), una entidad del mismo PRI que había sabido acercarse a los habitantes más empobrecidos de la Ciudad de México (Davis, 1990: 67). En el campo se multiplicaron las movilizaciones en torno a las reivindicaciones agraristas, al lado del surgimiento de una guerrilla rural.

En los períodos de gobierno de los presidentes Echeverría (1970-1976) y López Portillo (1976-1982) una vez más se hizo uso de la política social para negociar conflictos y ampliar las redes de intereses vinculadas con la intervención estatal en el campo social.

⁷ La situación de presión social no fue una particularidad de México. Diferentes países de América Latina y del llamado “mundo en desarrollo” presentaban una situación relativamente semejante manifestada en la limitada expansión de los beneficios del desarrollo.

Había un reconocimiento explícito de que la situación de salud de muchos grupos sociales “es reflejo de la acción del Estado para mejorar las condiciones de vida de los grupos infantiles, preescolar y escolar; también la de las nuevas situaciones al iniciarse y estar en marcha la industrialización, la introducción del transporte a motor y la tendencia de la población a concentrarse en centros urbanos” (SSA, 1973: 42b).

Conscientes de la magnitud de los problemas y de las responsabilidades del Estado frente a éstos, las administraciones priístas despreciaron la necesidad de promover cambios más profundos capaces de modificar la situación estructural, aun cuando en la agenda sectorial se discutía la necesidad de una mayor coordinación, planificación y unificación de las acciones y recursos para una mejor distribución, prefiriendo atenuar la situación y garantizar la legitimidad del régimen a través de soluciones en el marco del desarrollo dual y desigual del sector.

El presidente Echeverría promovió una política de intervención del Estado para aliviar la presión social en las zonas urbanas y la pobreza en el campo, y López Portillo, favorecido durante un pequeño lapso por el *boom* petrolero, pudo, por un momento, continuar privilegiando a las clientelas cautivas, dando continuidad al proceso de expansión y consolidación de las instituciones de seguridad social, al mismo tiempo que se hablaba de planificación estratégica y de reforma administrativa para racionalizar gastos. La importante expansión que logró la seguridad social en ese período dio origen al fenómeno que Mesa Lago (1985) caracterizó como “masificación de los privilegios”. Pero esa bonanza no duró todo el período: entre 1977 y 1979, en un claro contexto de crisis económica, hubo una disminución del gasto en salud en relación a 1970-1974, aproximadamente de 7,3% a 5,9 % (SSA, 1984: 79-78), y de crítica al gasto excesivo del Estado sin alterar la estructura del gasto por programa. Esto es un 72% para atención curativa, 7% para prevención y 1% para capacitación de la población (SSA, 1984: 80). De acuerdo con Aspe P. y Beristáin J. (1989: 280), entre 1969 y 1977 se observó una disminución radical del gasto en el subrubro “sistema social” de 21.1 a 9.1%, y, a su vez, el subrubro de seguridad social de servicios médicos a empleados públicos aumentó de 6.6 a 15.5%.

Echeverría reconoció la necesidad de extender los beneficios de la seguridad social –dado que apenas llegaban a una cuarta parte de la población– y de mejorar la distribución de los servicios de salud, particularmente en el medio rural. Asimismo, consideró que los problemas de enfermedad en las grandes ciudades eran más angustiosos que la situación del campo. Echeverría consideraba que el gran reto para el sector era “encontrar un fórmula para quienes están, por sus actividades, al margen de la vida sindical, en una forma u otra, para que tengan –aunque sea– servicios médicos fundamentales y una atención médica ante necesidades básicas para crecer con salud y sobrevivir” (SSA, 1973: XII).

Así, el de gobierno Echeverría buscó enfrentar el problema de la presión social reformando la Ley del Seguro Social en 1973. Con ella se creó el seguro de guarderías para los hijos menores de cuatro años de edad de las trabajadoras aseguradas, se estableció el régimen voluntario y se incorporó el concepto de “solidaridad social”, dando inicio al Programa “IMSS-Coplamar” que contemplaba ampliar la cobertura a los grupos campesinos organizados con recursos del Gobierno Federal (Ruiz Moreno, 1997: 117). Ese programa que, de hecho, se inició en el período de gobierno siguiente, empezó de forma muy limitada debido a la oposición de la CTM y del sector empresarial que se constituían en una fuerza contraria a la unificación del sistema de salud, a la prestación de servicios médicos a la población rural no cotizante.

Otra tendencia de ese período fue buscar una mayor articulación entre Salubridad y Asistencia con Seguridad Social a través de la promoción del Plan Nacional de Salud para el decenio 1974-1984 en el marco de la planificación estratégica que no quedó fuera de las intenciones que se tenían, aunque la primera Convención Nacional de Salud reconoció que formaba parte de la conciencia de la sociedad mexicana de que la vida, la salud y la seguridad social constituyen un derecho fundamental de los hombres (SSA, 1973: XXI). Fue también en ese período cuando se sentaron las bases de una política demográfica orientada principalmente al control de la natalidad, y, en particular, de la población pobre, pues era ahí donde se registraba el mayor número de nacimientos y donde había más problemas de acceso a servicios de salud.

La otra forma de atender la presión sobre la oferta de servicios de salud fue puesta en marcha en el ámbito de Salubridad y Asistencia; diversos Programas de Extensión de

Cobertura (PEC), para los que la Secretaría de Salubridad y Asistencia contaba con 1.6% del presupuesto de egresos de la Federación, lo que significó también una baja expansión de la capacidad hospitalaria, de 22 000 camas en 1967, para 1976 sólo se habían añadido 1 039 (Frenk, 1990: 444).

Los Programas creados en ese período estaban dirigidos a la población campesina y marginada urbana no afiliada a las instituciones de seguridad social que correspondía a más del 50% de la población, y buscaban mejorar tanto las condiciones de acceso a los servicios de salud como las condiciones sanitarias, destinando gastos para caminos vecinales y agua potable, y promoviendo la participación comunitaria y la planificación familiar. Se acataron las propuestas de la Alianza para el Progreso y de la Organización Mundial de la Salud, poniendo en práctica programas con vistas a extender la cobertura, incorporando la participación de la comunidad. Estos eran programas que buscaban mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud, así como las condiciones sanitarias, destinando gastos para caminos vecinales y agua potable, y promoviendo la participación comunitaria. Para eso se creó el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) y el Programa Comunitario Rural (PCR), los cuales constituyeron el Programa de Salud Rural (PSR), cuyo propósito fue garantizar el acceso a servicios “mínimos de salud” para la población marginada de las grandes ciudades y del campo, y promover la planificación familiar (Elu-Cayado M C, 1981: 148).

A partir de COPLAMAR (*op. cit.*: 121), el PEC atiende en cinco años a 13 666 comunidades con una población de entre 500 a 2 500 personas mediante auxiliares de salud comunitaria que recibían un entrenamiento y estaban provistas de un maletín para curaciones y de un botiquín con cuadro básico de menos de 20 medicamentos que ellos mismos prescribían. Éstos eran remunerados con un sueldo mensual a través de los comités de salud de las localidades. En cuanto al Programa Comunitario Rural, debido a sus vínculos con el Programa de Planificación Familiar, su esquema básico fue el adiestramiento de auxiliares comunitarios de planificación familiar, coordinados por una enfermera entrenada especialmente.

En paralelo, en una coyuntura ya caracterizada por la adversidad económica y de inflación, en el ámbito del IMSS se instituyó el Programa IMSS-COPLAMAR para

proporcionar servicios de salud a 10 millones de campesinos no asegurados de zonas rurales marginadas. El Programa estaba financiado con recursos fiscales (60%), y el resto era aportado por el IMSS con “fondos destinados a las pensiones por jubilación e invalidez” (Cabral Soto, 2002: 55; Brachet, 1996: 184). Aunque este Programa actuó en el marco de la desigualdad determinada por el mercado de trabajo, fue considerado como un intento importante para corregir las distorsiones del sector: para este programa estaba garantizada la atención médica solamente en el primer nivel, y la población retribuía la atención recibida con su participación en acciones de salud comunitaria.

A su vez, se incrementó el número de afiliados a las instituciones de seguridad social, particularmente en el período 1977-1981. A pesar de que el número de hospitales y de camas no aumentó en la misma proporción, se observa un crecimiento en la infraestructura de servicios médicos en la principal institución de Seguridad Social (Instituto Mexicano del Seguro Social) al mismo tiempo que se amplía su ámbito de acción, abarcando el cultural, el recreativo, el deportivo y los servicios de guardería para las mujeres aseguradas. Para ello se creó una amplia red de teatros, de centros recreativos y vacacionales. Se incorporaron también como derechohabientes algunos segmentos de las bases campesinas movilizadas por la Confederación Nacional Campesina (CNC), particularmente aquellos con capacidad de pago: esto es, los asalariados, jornaleros agrícolas, los integrantes de ejidos colectivos y asociaciones de crédito, los ejidatarios individuales y los pequeños agricultores. El Centro Médico Nacional, que estaba siendo construido por la Secretaría de Salud, fue vendido para el Seguro Social (Fajardo, *op. cit.*).

En materia de vivienda, para el sector sindicalizado se creó el Infonavit (1971); también fue aprobada la Ley de Asentamientos Humanos (1976), a pesar del antagonismo del sector privado, para facilitar las políticas de regularización de la tierra a favor de la población urbana de escasos recursos. Sin embargo, su puesta en práctica fue conflictiva, pues se interpretó como una expresión de la declinación de la capacidad del Estado para poner en práctica sus políticas (Aldrete-Haas, 1991: 72).

La salida para la crisis de legitimidad en el período de López Portillo se situó también en la esfera administrativa: se buscó crear una gestión pública, basada en la competencia técnica, para diferenciarse de las administraciones pasadas y deslindarse de

sus políticas y estilos. La planificación, la búsqueda de la racionalidad administrativa, el control del gasto público, conformaron el escenario político administrativo de la Reforma Administrativa. Ésta preconizaba una reorganización del sector público para hacer frente a la corrupción, a la ineficiencia y al desarrollo anárquico, estrategia que ganó fuerte aliento con la ola de planificación para el desarrollo presente en casi toda América Latina en la década de los setenta, y por las orientaciones de coordinación y unificación de los programas e instituciones de salud pública con el propósito de crear un sistema coordinado de atención a la salud. Para ese entonces en México ya había un debate en torno al futuro de su sistema de salud, en el que se cuestionaba, en particular, la fragmentación del sector, la multiplicidad de acceso a los servicios de salud, los altos costos de la atención y la desigualdad de recursos entre las instituciones del sector. Asimismo, ya se habían ensayado algunas acciones de coordinación y ya se había formulado el Primer Plan Nacional de Salud para el período 1974-1976, y, posteriormente, para el de 1977-1983.

Puesto que estos Planes no lograron grandes resultados, se abrió la posibilidad de entrada en las instituciones federales a un nuevo personal, como señala Rousseau (*op. cit.*; y Ballinas Valdés, 2001), capacitado para hacer frente a los problemas del país. La Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP) fue el polo catalizador e irradiador de esa nueva tendencia con la que se hizo el primer intento para utilizar el Presupuesto por Programas como herramienta de intervención en las diversas dependencias públicas, y así romper con los grupos de poder incrustados en la burocracia.

En el ámbito del sector salud el proyecto planificador comenzó a perfilarse en Salubridad y Asistencia cuando, en el marco de la reforma administrativa para organizar el sector público, se estableció el sector salud con base en la nueva Ley Orgánica de la Administración Pública y se creó la Subsecretaría de Planeación, cuyo titular fue el bioquímico José Laguna García, de la Universidad Autónoma de México. Asimismo, se crearon los Grupos Interinstitucionales de Programación Sectorial (los GIPS). Esa subsecretaría, entre otras atribuciones, respondió por la organización del sistema de información en consonancia con el Módulo de Salud y Seguridad Social del Sistema Nacional de Información, de la Secretaría de Programación y Presupuestos (Ochoa-de Mendonza, 1980).

En consecuencia, una de las propuestas en vigor era la de organizar un sistema de información en consonancia con la Secretaría de Programación y Presupuesto. También era parte del proyecto consolidar un área de producción de conocimiento e información para ser aplicados en la solución de los problemas de salud, y como herramienta para lograr el equilibrio entre las necesidades y los recursos para evitar la duplicación de funciones y el dispendio de esfuerzos, obteniendo así un mayor rendimiento de los recursos humanos y materiales (Rodríguez-Domínguez, 1979: 274). Sin embargo, todos los intentos de racionalizar costos e integrar las políticas y programas de todas las instituciones públicas de salud no lograron grandes resultados.

Otro intento importante de coordinación de este período que funcionó precariamente fue la recreación, en 1978, del Gabinete del Sector Salud en el marco de la Reforma Administrativa de 1977. Esa reforma dividió el sector en dos ámbitos: el programático, en el que se inscriben los programas y funciones en salud del IMSS, del ISSSTE y del Departamento del Distrito Federal (DDF), y el administrativo, que incluye, a su vez, dos subsectores: el de los Institutos Nacionales de Salud y el de asistencia social, en el que se ubican el DIF y los Centro de Integración Juvenil.

En 1981, ya como parte de la estrategia política para el período de gobierno siguiente, se estableció en la presidencia de la República la Coordinación General de los Servicios de Salud, unidad dirigida por el Dr. Soberón que tenía como tarea el estudio de las distintas opciones de integración de un sistema nacional de salud. El trabajo de esa Coordinación fue presentado al Ejecutivo Federal a finales de 1982.

Por añadidura y para concluir, en los dos períodos de gobierno de la década de los setenta, no sólo hubo un incremento de los gastos y de la ocupación pública, sino que, además, la estructura administrativa del sector de salud pública se tornó más compleja, poniendo sobre la mesa de discusión la necesidad urgente de coordinar y planificar las acciones. Sin embargo, ese incremento no resultó en mejoras significativas en las condiciones de salud, ya sea en los índices de morbilidad, de mortalidad o en la eliminación de las desigualdades sectoriales, como ya veremos, sino que más bien, permitió fortalecer los vínculos corporativos de los sindicatos con el Estado, responder a las demandas de las

organizaciones pertenecientes al PRI y a los poderes políticos regionales, y fortalecer la visión curativa.

Muchas de esas soluciones, adoptadas para mantener el apoyo de los grupos sociales, implicaron costos políticos y económicos, y, puesto que muchos no fueron llevados a cabo, acabaron por no atender las necesidades de legitimidad. El déficit público se agravó, poniendo en tela de juicio la política social basada en la incorporación fragmentada de los intereses sociales y en la expansión desigual de los beneficios y del poder de la burocracia intervencionista.

El consenso en torno a la necesidad de unificar las instituciones de salud para poner fin al mosaico de instituciones relativamente autónomas que conformaban el sector salud y de crear una Secretaría de Salud con capacidad rectora, fue creciendo entre profesionales del sector salud como una necesidad para garantizar la universalidad de la atención, al igual que la exigencia de una mayor especialización en los manejos de la cuestión pública como fórmula para optimizar los escasos recursos públicos y hacer frente a la corrupción.

La crisis económica se siguió profundizando y, para el final de la década de los setenta, las estadísticas revelaban un país en recesión, creando un panorama nada alentador ni política ni económicamente para el país y para el nuevo candidato del PRI, Miguel de la Madrid, más próximo al grupo de los nuevos políticos administradores de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, muchos de ellos adheridos al discurso neoliberal privatizador que caracterizaba la crisis como producto de la acción del Estado. Para varios integrantes de ese grupo, la crisis económica era el fin de un modelo de desarrollo y de un modelo de políticas sociales; además, la salida a la crisis imponía restricciones al aumento de los gastos públicos.

A su vez, la designación de De la Madrid como candidato del PRI fue un indicador de renegociación del pago de la deuda externa por parte del gobierno, como parte de este proceso, de aceptación de las condiciones y de las políticas de ajuste estructural y de su perspectiva de desarrollo centrada en el mercado. Éstas implicaban una disminución de los recursos en el área social para el pago de la deuda, y, en consecuencia, un nuevo papel para el Estado en el sector social y, en particular, en el de salud, y también para el sector privado y los Estados. A partir de ese momento se inició un proceso de reforma en el sector salud

articulado a un proyecto mayor de reestructuración del Estado y del modelo de desarrollo, el cual todavía está en proceso.

Asimismo, representó la llegada al centro del espacio de decisión de un compacto e ideológicamente coherente grupo de funcionarios públicos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y del Banco de México (Bertranou, 1995; Rousseau, *op. cit.*). De la Madrid formaba parte de un grupo de economistas monetaristas-ortodoxos que, desde el gobierno de López Portillo, estaban en conflicto con los estructuralistas por el control de las principales instituciones que dictaban los rumbos de la política económica: la Secretaría de Programación y Presupuesto y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Una de las cuestiones en conflicto era el control del gasto público, y el grupo de los financieros ortodoxos del que De la Madrid formaba parte, junto con Salinas de Gortari y otros, fue ganando poder durante el período de López Portillo, controlando la política fiscal desde Hacienda. El poder acumulado, expresado en relaciones nacionales e internacionales y en el reconocimiento de la capacidad de definir políticas públicas con vistas a aumentar la racionalidad administrativa, lo llevó a la dirección de la Secretaría de Programación y Presupuesto en mayo de 1979, en lugar del estructuralista García Sainz, y después a la presidencia (Rousseau I., *op. cit.*: 128-132).

Además, desde la designación de De la Madrid, ese grupo no contó con el apoyo de los cuadros tradicionales del partido ni del sector obrero, y, como señaló Lustig (1994: 48), “tenía la tarea poco envidiable de corregir,” lo que iba desde “los grandes desequilibrios fiscales y responder a problemas externos con un sector privado hostil, bancos acreedores poco amistosos”, combinado con un agravamiento de las condiciones de vida y de salud, y de la desigualdad social.

2. BRECHAS EN LA POLÍTICA DE SALUD Y EL CONTEXTO SOCIO-SANITARIO ANTERIOR A LA REFORMA.

México se adentra a la década de los ochenta consciente de los serios problemas para obtener información en relación con la situación de salud de su población y sobre el funcionamiento y la calidad de los servicios de salud. Los funcionarios de la propia SSA estaban atentos y conscientes de ese problema (SSA, 1982: 409), como también lo estaba el

equipo responsable del diagnóstico elaborado por Coplamar. Había un reconocimiento explícito de que había “existido poco interés oficial por obtener información suficiente y actualizada sobre el tipo y estructura de los servicios personales de salud y el uso que de ellos se hace” (Coplamar, 1989: 139). También reclamaban atención para los problemas de notificación de enfermedades transmisibles y el subregistro en relación con la mortalidad infantil que imposibilitaban la planificación para reorganizar los servicios de acuerdo con las necesidades sociales.

En 1982 México tenía 69 millones de habitantes. Entre 1960 y 1979 la tasa de crecimiento de la población fue de 3.4%, y entre 1979 y 1982 de 2.8%. Esa disminución en la tasa de crecimiento, según los analistas, se debió al descenso de la tasa bruta de nacimiento y de fecundidad. Además, se logró sostener la tendencia de descenso en la tasa de mortalidad general bajando de 9.9 defunciones en 1970 a 6.2 por cada mil habitantes en 1980, y también en las tasas de morbilidad general en lo que se refiere a la notificación de las enfermedades prevenibles por vacunación⁸ (Coplamar, 1982).

Sin embargo, la disminución lograda en la tasa de crecimiento poblacional y en la de mortalidad y morbilidad, explicada por las autoridades sectoriales como un resultado positivo de la consolidación de un amplio programa de Planificación familiar, del acelerado crecimiento del país y de avances logrados en materia de salud y en la cobertura (SSA, 1984: 29), no estuvo acompañada por la mejoría de otros indicadores de salud sensibles al mejoramiento en el acceso a los servicios de salud y de las condiciones de vida. De modo que México, en comparación con otros países, demostró que sus avances no fueron satisfactorios.

Así pues, México continuó ostentando desigualdades regionales en las tasas de mortalidad, lo que demostró que los avances no eran los mismos en todas las entidades federativas: Estados como Oaxaca y Tlaxcala, que presentaban los niveles per cápita más bajos del país, registraban tasas superiores al 9%; a su vez, Nuevo León, Sinaloa y Baja California presentaban un 4.3. Hay que añadir a ese fenómeno la dispersión de la población

⁸ Es importante registrar la observación hecha por las autoridades de la época en relación a la disponibilidad y confiabilidad de la información referente a la mortalidad. Las autoridades reconocen que existían serios problemas de registro. Me parece que hay que tomar esta información con cierto cuidado.

rural de estos Estados, lo que muchas veces dificultaba la accesibilidad a los servicios de salud y la concentración geográfica de éstos en algunas regiones.

La cuestión del acceso a los servicios de salud se reflejó también en las causas de mortalidad y de morbilidad: aunque hubo una disminución de la mortalidad debido a enfermedades prevenibles por vacunación, transmisibles o asociadas a la desnutrición, se situaban todavía por encima del 10% anual, tasa que resultaba superior a la observada para la mortalidad general, que fue del 4.2 % (SSA, 1984: 41). Es decir, que persistían muertes que pudieron haber sido prevenidas mediante vacunación (16.7 por 1000 habitantes) y con mejorías en el nivel de nutrición (5.5 por 1000).

A su vez, dentro de las primeras causas de morbilidad en el año de 1978, aparecen, en primer orden de importancia, las infecciones respiratorias agudas, con una tasa de 830 por cada 100 000 habitantes, y otras enfermedades diarreicas (588 por cada 100 000 habitantes).

Lo más dramático de la correlación entre mortalidad, desigualdad social y problemas de acceso a los servicios de salud es su incidencia en el grupo de menores de un año de edad. A pesar de que entre 1970 y 1980 se habían logrado reducir de 68.5 a 40.3 las defunciones por 1000 niños nacidos vivos, esa reducción no fue general para todas las causas de mortalidad: las de orden perinatal se redujeron únicamente de 11.8 a 10.9, en tanto que el resto de las causas se abatió de 56.5 a 27.9. La Encuesta Nacional de Prevalencia de 1978 mostró también la variación de menos de 40 defunciones por 1000 niños nacidos vivos en áreas metropolitanas y en más de 80 en localidades rurales. La misma variación se observó entre viviendas con agua entubada y sin baño y aquellas que contaban con dicho servicio (SSA, 1984: 46).

El documento de la SSA (1984: 59) dice:

De los 8.3 millones de viviendas que existían a nivel nacional en 1970, el 61, 0% contaba con agua entubada, el 42% con drenaje y 58% con energía eléctrica. Para 1980, de los 12 millones de casas de habitación existentes, 71% tenía agua entubada, 49% contaba con drenaje y 75% con energía eléctrica. Persistía un déficit de 4 millones de viviendas y en el medio rural y en el área marginada urbana el promedio de habitantes por vivienda llega a nueve en algunas regiones.

Esa situación puede explicar el gran predominio de enfermedades infecciosas y parasitarias, ocupando el primer y el segundo lugar como causas de muerte en 1970 y 1978 respectivamente, y la enteritis y las enfermedades diarreicas el primer lugar de morbilidad en 1978 (SSA, *op.cit.*: 60).

En 1984, el 34% de los hogares se encontraban en situación de pobreza; de éstos, el 45% estaban en zonas rurales. En situación de indigencia se hallaban 11% de los hogares, de éstos 20% en el campo. Los índices de desnutrición entre niños (según la Encuesta Nacional de Alimentación en el Medio Rural, de 1989), pasó de 7.7% en 1979, a 15.1% en 1989. El promedio nacional de peso al nacer fue de 2.5 Kg. En la prensa se publicó que 49% de la población estaba subalimentada debido a la crisis (*Excelsior*, miércoles 8 de agosto de 1984, p. 31a).

El propio Programa Nacional de Salud (1984-1988) señalaba que de los 2 millones de niños que nacían anualmente, 100 000 morían antes de los cinco años de edad, y alrededor de un millón sobrevivía con defectos físicos y mentales debido a insuficiencias alimenticias. A su vez, los niños que nacían en áreas rurales tenían una probabilidad dos veces mayor de morir antes de cumplir un año de edad que los niños del área urbana (Urbina-Fuentes M. y Col, 1989: 171). Doble paradoja: por un lado, la tendencia apuntaba hacia un descenso mayor de la mortalidad infantil en las áreas urbanas que en las áreas rurales, y eso debido al grado de escolaridad de las madres, al tamaño de la localidad de residencia y al número de hijos; por otro lado, entre 1960 y 1979 los gastos de la Secretaría de Educación Pública en educación primaria, como proporción de sus gastos totales, disminuyó, aunque se observaba una reducción del analfabetismo en México (Aspe P, y Beristáin J, 1989).

La mortalidad materna era otro de los serios problemas de salud pública evitable dado que, entre los factores asociados, estaban los que tenían que ver con los servicios de salud, más específicamente, con “la falta o deficiencia en el manejo y tratamiento de las complicaciones, deficiencias en el suministro de servicios y escasez de personal adiestrado; problemas de acceso y disponibilidad de los servicios de maternidad, y falta de atención prenatal” a factores reproductivos sobre las políticas de salud que podían operar, como “la

edad materna, la paridad, intervalos intergenésicos y los factores socioeconómicos referentes a la nutrición, la educación, el lugar de residencia y los ingresos per cápita y familiar” (Urbina-Fuentes M y Col, 1989: 170-1971). En 1976, únicamente el 40.7% de los partos del país contó con atención médica; en Oaxaca solamente el 6.8%, mientras que en el Distrito Federal un 75.4% (Aspe P y Beristáin J, 1989: 275-278).

Además, la propia Secretaría del ramo observó que en 1980 las muertes fácilmente abatibles presentaban una mayor tasa (203 por 1000 habitantes) en relación a las prevenibles y tratadas con acciones médicas de nivel de mediana complejidad. Asimismo, el control de las patologías neoplásicas y degenerativas y de las enfermedades congénitas fue considerado técnicamente complicado a pesar de que en la década de los setenta se registró un importante descenso del 8% anual, como resultado, entre otros factores, del impulso a las campañas masivas de vacunación. En cambio, las de alta complejidad registraron un descenso al lado de un relativo crecimiento del grupo intermedio (2%), revelando un cierto desbalance en la canalización de inversiones por nivel de atención y una disminución sistemática de la participación del sector salud en relación al presupuesto federal entre 1978 y 1982, lo que agravaba la situación debido a la distribución desigual de los recursos. Los programas de atención curativa absorbían en promedio el 72% del presupuesto sectorial, junto con el 7% para la atención preventiva y el 1% para la capacitación de la población. Dicha estructura de gasto no era la mejor para que se lograra disminuir la demanda de atención por padecimientos que podían ser evitados o disminuidos (SSA, 1984: 48 y 80).

A pesar de que la disminución en la tasa de mortalidad fue significativa, al igual que el aumento en la esperanza de vida al nacer, Coplamar (1981: 64-65) los consideraba insuficientes frente el nivel de desarrollo logrado por el país. Eso porque se observaba una continuidad en los problemas de salud y una desigualdad entre los Estados, municipios y grupos sociales en cuanto a la satisfacción de sus necesidades esenciales (agua potable y alcantarillado, alimentación) y el acceso a los servicios de salud. Las enfermedades parasitarias e infecciosas seguían siendo la razón principal de internación, seguidas por las de los aparatos circulatorio y digestivo (Aspe P y Beristáin J, 1989: 275), mientras que la neumonía, la influenza, la enteritis y otras enfermedades diarreicas continuaban

apareciendo dentro de las primeras causas de muerte en el país, además de las enfermedades del corazón (1978), pasando a ser la primera causa de muerte. Asimismo, ganaron mayor presencia la diabetes, los accidentes y los tumores malignos (SSA, 1982: 409).

En cuanto a la población económicamente activa, en 1980 se calculaba que la cobertura de los servicios estaba así: las instituciones de seguridad social respondían por 32.8 millones de personas, compuestas por trabajadores y sus familiares (43% de la población total): 27 millones por parte del IMSS (el 35.7% de la población total) y 5.8 millones a cargo del ISSSTE (el 7.7% del total). Sin embargo, las autoridades del sector consideraban que esa no era la cobertura efectiva, argumentando que parte de los asegurados acudía a los servicios de medicina privada dependiendo de la situación general de la economía (SSA, 1984: 68).

En relación con la población pobre sin seguridad social, se estimaba que la SSA cubría a 13 millones de personas y el IMSS-Coplamar a 11. Se calculaban entonces 14 millones de mexicanos sin acceso a los servicios de salud, lo que representaba el 20% de la población nacional, aunque se reconocía que hubo una mejoría en la cobertura entre 1970 y 1983.

Sin embargo, en promedio, el IMSS contaba con un 70% de los recursos humanos (médicos y enfermeras) existentes en el sector público para atender a los asegurados. Por supuesto, esa institución absorbía el 73% del gasto en salud del país. En 1976, del total de médicos existentes en el país (46 094), el 48.6% prestaba sus servicios en las instituciones de seguridad social, y 25.6% lo hacía en las instituciones de asistencia social. Además, estaban concentrados en las zonas más desarrolladas del país, en particular en el D.F., Jalisco y Veracruz, encontrándose Oaxaca en el otro extremo. Lo mismo ocurría con los paramédicos y el personal administrativo (Aspe P y Beristáin J, 1989: 273-276).

Por supuesto, de los 832 millones de consultas médicas atendidas por el sector salud en 1976, el 78.2% correspondió a las instituciones de seguridad social; al IMSS le correspondieron 58.7%, y a las instituciones de asistencia el 13.3%. Esa población sin acceso a los servicios de salud se localizaba, principalmente, en las comunidades rurales y en la periferia de las grandes ciudades.

En ese entonces, la participación del sector privado era muy reducida; según datos de la Cámara Nacional de Hospitales, existían 1 000 hospitales privados en el país que representaban el 20% de las instituciones del país y el 25% de las camas. La cobertura estimada era del 10% de la población. Ese sector venía desarrollándose de forma muy heterogénea, no estaba sujeto a la normatividad pública y actuaba de forma libre, en términos de las tarifas que cobraba (SSA, 1984: 70 y 87).

En 1980, el sistema oficial de salud contaba con 7 962 unidades de atención, de las cuales 44.9% pertenecían a las instituciones de seguridad social; los gastos realizados en los programas de salud representaron el 1.6% del PIB de 1980 a 1982; en 1983 bajaron a 1.4%, con una recuperación, para 1987, del 2.3%; y en 1976 llegó a representar el 6.1%.

Para 1989 existían 12 682 unidades médicas para atender a la población pobre (Gortari-Gorostiza, 1992: 9). El mayor problema era la distribución regional desigual de estos servicios que apuntaba a una concentración en las áreas urbanas y en las regiones más desarrolladas, junto con una utilización desigual entre los grupos sociales. Los más pobres, con más riesgos de enfermarse, eran los que menos acceso tenían a los servicios de salud, a pesar de que los indicadores generales demostraban una mejoría relativa para todos los grupos. Sin embargo, Urbina-Fuentes y col. plantearon la hipótesis de que de que “si bien los descensos en la mortalidad infantil han sido importantes en los últimos años, la desigualdad con la que éstos se han dado ha incrementado las diferencias entre los distintos grupos sociales del país” (*op. cit.*: 170).

La situación descrita hasta ahora nos indica un cuadro típico de desigualdad social y ayuda a entender el significado de la política de salud para el proyecto social del Estado mexicano. En términos generales, se pueden reconocer iniciativas importantes que se dieron a partir de la tercera década del siglo pasado, reflejadas en la mejoría de las condiciones de vida de la población y en el acceso a un conjunto de actividades médico-sanitarias. Sin embargo, esas actividades, en lugar de atenuar la desigualdad social y de constituirse en un ámbito de promoción de la justicia social, la confirmaron y reafirmaron, según Aspe P. y Beristáin, ya que la población pobre, la que debido a sus condiciones de vida es la que más necesita de servicios de salud, en especial cuando el ritmo de los cambios en sus condiciones de vida es lento, es la que menos acceso tiene a éstos, a pesar

de que la salud es un derecho de todos. También porque la mayor parte de los recursos, los cuales son significativos, fueron controlados en el ámbito central por estructuras de poder cerradas y corporativas, y estuvieron dirigidos a las actividades de curación del sector empleado, ya fuera en el Estado o en el sector productivo organizado, o al combate de epidemias que afectaban la estabilidad social y económica del país. Con esos recursos se crearon empleos en los centros urbanos para las clases medias, y se generó un mercado cautivo para la industria productora de insumos y de medicamentos para el sector salud.

La identificación de la crisis sectorial y la necesidad de reorganizar el sector para distribuir mejor los recursos existentes, como se verá más adelante, se basaron, en cierto modo, en esa realidad que, por supuesto, implicó un cuestionamiento sobre la viabilidad de la continuidad de esa tendencia, tanto en términos del contenido de las políticas como de la dinámica de decisión y la necesidad de redefinirla.

CAPÍTULO 3

CONSTRUYENDO LA AGENDA SECTORIAL: ACTORES Y PROBLEMAS (1970-1995)

El interés por mejorar el acceso y la cobertura de los servicios de salud no sólo fue un problema de México. Los relativos resultados sociales del modelo de industrialización por sustitución de importaciones que dominó en la mayor parte de los países del Continente a partir de la década de 1950, y que se expresó en la década de los setenta en la baja incorporación de los sectores populares a la ciudadanía social, despertó la preocupación de los organismos internacionales de cooperación sectorial, de los gobiernos, investigadores y sanitaristas. La convergencia de diversas visiones y de conocimientos y prácticas contribuyó a perfilar ideas y orientaciones de acciones que conformaron un marco conceptual básico en torno al cual se hicieron diferentes propuestas sobre políticas de salud. La crisis económica de la década de los setenta, junto con la expansión del pensamiento neoliberal, redefinió el debate, los actores y sus propuestas sobre políticas de salud. El propósito del presente capítulo es recuperar el debate en el que participaron actores nacionales, incluyendo sus contribuciones y divergencias.

1. UNA REVISIÓN DEL DEBATE SECTORIAL EN TORNO A LAS DESIGUALDADES EN EL ACCESO Y DE COBERTURA A LOS SERVICIOS DE SALUD: 1970-1982

1.1. EL ENMARQUE DEL DEBATE SECTORIAL ANTERIOR A LA REFORMA EN EL CONTINENTE

En el transcurso de la década de 1970, la situación de desigualdad frente a la muerte y la enfermedad, la baja cobertura de los servicios de salud pública para la población más pobre y la baja eficacia de la salud pública para lidiar con las cuestiones estructurales que condicionaban determinados cuadros de salud y de enfermedad, estuvieron en el centro del debate entre los sanitaristas y profesionales del sector, dando origen a la conformación de distintas propuestas para enfrentar los problemas del sector. La preocupación con esas cuestiones no fue una particularidad de México, de hecho, ya formaba parte de la agenda de

la OPS, y había tomado su primera expresión en la Reunión de Punta del Este en 1961. En dicha reunión, los gobiernos presentes habían concordado usar la planificación para, entre otros fines, dirigir el desarrollo de los servicios de salud y orientar su funcionamiento y las actividades de los servicios de salud para mejorar la cobertura (OPS, 1975).

Así pues, ese debate, que estuvo presente en todo el Continente y, en particular, en México, tomó diferentes direcciones y contornos, dando lugar, según lo expresaron García J C (1994: 46) y Menéndez (1996: 27), a una intensa confrontación de teorías e ideologías y de experiencias prácticas que muchas veces no diferían demasiado en sus soluciones y propuestas técnicas, sino en sus perspectivas ideológicas. Ese debate, que estuvo en un principio vinculado al cuestionamiento del desarrollismo y de su impacto limitado en las condiciones de enfermar de determinados grupos sociales, tomó nuevas direcciones con el debate de la década de los ochenta en torno a la crisis económica.

El contexto macro-estructural que enmarcó el debate en torno a la extensión de la cobertura de los servicios de salud por parte del Estado, tanto en el ámbito internacional como en México, indicaba, por una parte, una rápida modernización de las economías como parte del proceso de industrialización fomentada y protegida por el Estado, reflejada en mejores niveles de salud, y, por otra parte, la persistencia de la pobreza y de enfermedades ligadas a ella, como la desnutrición, y de muchas muertes evitables, debido a la fragmentación y duplicación de esfuerzos del sector público, y a la baja cobertura de ese sector combinada con políticas de medicalización de los problemas sociales que, en última instancia, se expresaba en la importancia que adquiriría la atención curativa dentro de los servicios ofertados.

Se sumaban a ese contexto otros dos procesos de naturaleza macro-social. Uno económico, que pasó a ser conocido como la crisis económica mundial, desatada en parte por los cambios en la política petrolera impulsada por la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP), lo que se expresó, inicialmente, a través de la disminución del crecimiento de las economías europeas y que, en el caso de México, tuvo repercusiones tardías debido a sus reservas petroleras. El otro, de naturaleza socio-política, referente a las luchas por la democratización en muchas de las sociedades latinoamericanas, la tendencia del fortalecimiento de organizaciones de la sociedad civil y de valoración de la salud como un derecho social reivindicado y conquistado por la ciudadanía, que, en el caso de México, estaba

vinculado con la crisis del régimen priísta y de su capacidad de renovar y sostener sus estructuras de poder en el sector salud. El desarrollo de ambas dinámicas influyó de forma extraordinaria en el debate sectorial, como también en las agendas de la Organización Panamericana de la Salud y de las instituciones nacionales de salud, y plantearon desafíos al personal de éstas en los diferentes países del continente.

Identificamos dos grandes momentos bien distintos en el debate en torno a la cuestión del acceso y de la universalización de la cobertura del sector público, conectados entre sí, pero con agendas propias: un primer momento, que va de 1960 a 1980, coincide con el aumento de la percepción de los sanitarios, vinculados a las instituciones de salud y a los organismos internacionales, de las brechas sociales existentes y sus reflejos en las causas de mortalidad y morbilidad, y de la necesidad de reorganizar los modelos de atención para reducir los efectos de las relaciones sociales sobre el proceso salud-enfermedad-atención de la población pobre, de mejorar sus acciones de prevención, así como el desempeño en términos de cobertura y, por lo tanto, garantizar el derecho a la salud. Este es el período caracterizado por la discusión en torno a la propuesta de atención primaria integral.

En el segundo momento, que va de la década de los ochenta hasta ahora, el acceso a los servicios y la falta de cobertura permanecieron en la agenda sectorial. Sin embargo, el propio desarrollo del debate estaba acoplado a la discusión tanto de la crisis económica como de la reforma del Estado. Ese debate, orientado por determinadas premisas formuladas en espacios específicos, llevó a replantear la cuestión del acceso y de la universalidad más allá del Estado proveedor, abriendo espacio para el mercado.

En el ámbito del continente, fue importante para el inicio del debate en torno a la necesidad de extender la cobertura de los servicios de salud, la crítica a la idea de desarrollo sustentada en la teoría de la modernidad y en el fortalecimiento del pensamiento social crítico basado en el enfoque histórico-estructural. La evidencia demostrada por los estudiosos del desarrollo acerca de que el crecimiento económico no había logrado mejoras equitativas para todos los sectores sociales, y que había aumentado la dependencia externa de los países del continente, aunada al fervor y a la mística emancipadora generada por la revolución cubana de 1959 en un contexto de Guerra Fría, fortaleció, en un primer momento, la propuesta de

planificación vinculada con los planes quinquenales soviéticos. En ese marco, la planificación buscaba ocupar el lugar del mercado en el desarrollo tanto económico como social. Asimismo, la planificación fue presentada como un recurso político del Estado frente a la escasez de recursos, y su papel era el de obtener lo óptimo. La CEPAL fue una importante promotora de la planificación en la década de los setenta.

También se puso en jaque la influencia de la teoría de la modernización junto con las ciencias de la salud y con el modelo de organización de los servicios de salud basada en la atención médica curativa; y, como parte de ese cuestionamiento, se configuró en el continente una tendencia a entender la salud como parte del desarrollo económico y de incorporar lo social en la determinación del proceso salud-enfermedad-atención. Es entonces que la medicina social y la salud colectiva, como campo de conocimiento y práctica en conflicto con la salud pública en ejercicio, se desarrollaron en diferentes latitudes del continente con el apoyo de la Coordinación de Investigación de la Organización Panamericana de Salud.

Este debate tuvo su punto más alto a nivel mundial con la conferencia de Alma Ata (1978), en la que las autoridades de los diversos gobiernos asumieron como meta política la “Salud para todos en el año 2000”, que postulaba a la salud como un derecho humano fundamental y un objetivo social. La estrategia de atención primaria en salud fue interpretada como el vehículo para lograr la meta a través de la reorganización de los servicios públicos por niveles de atención, en sistemas universales, dando prioridad a la asistencia básica para anticipar y evitar los problemas de salud y el agravamiento de la enfermedad; y, al lado de esas acciones, un conjunto de actividades y servicios dirigido a actuar sobre las condiciones de vida y de salud de la población como expresión de una postura ideológica que ubicaba la salud en la dinámica del desarrollo económico-social y político.

A lo anterior, había que agregar la importancia que adquiriría la participación de la comunidad en las decisiones y en el suministro de servicios de salud como un elemento nuevo de promoción de la democracia sectorial y de la mejoría de las condiciones de acceso a los servicios públicos y a los niveles de salud. Otro elemento importante de la atención primaria era la educación para la salud como parte de las actividades de promoción a la

salud, y concebido como un conjunto de prácticas educativas dirigidas a la población en general o a un grupo social en específico, y que tenía como objetivo transmitir conocimientos, habilidades y destrezas relacionadas con la conservación de la salud individual y colectiva, y que no requería, necesariamente, de gran especialización médica, incluso independientemente del nivel escolar.

Cierto es que la crisis económica entrecruzó el debate, dándole una nueva dirección y redefiniendo la jerarquía de las cuestiones pendientes del sector. La crisis, caracterizada por los liberales como producto de la acción del Estado, impuso gradualmente más restricciones al aumento sustantivo de los gastos públicos, en particular para el sector salud. El debate en torno a la mejoría de la cobertura de los servicios de salud se redujo, en buena medida, a discutir la necesidad de racionalizar los costos del sistema de servicios de salud, de reorganizar la demanda con poder de pago y canalizarla al sector privado para abatir costos y disminuir los aportes del Estado, focalizándolos en los grupos más desfavorecidos.

En este contexto fueron formulados, con un significado bien definido en relación a los diversos grupos sociales con intereses en el sector, un conjunto particular de recursos y conocimientos para dar sustentabilidad a la propuesta de retirar la responsabilidad única del Estado de garantizar el acceso y de proveer servicios universales; vale la pena precisar, para quebrar el monopolio del Estado en la oferta y distribución de los servicios y bienes de salud, vinculando la provisión de servicios con paquetes cuyo acceso y cobertura dependían de la capacidad de pago de uno. De manera que la propuesta de reforma en debate apuntaba hacia la superación del Estado providencial o responsable por el bienestar universalista, sustentado en la idea de derecho social, para dar lugar a una propuesta de justicia compensatoria, reparatoria, basada en los principios del libre mercado que buscaba armonizar libertad y justicia social.

1.2. EL DEBATE EN MÉXICO ANTERIOR A LA REFORMA

En el México de los años setenta, la situación de desigualdad frente a la vida y la muerte provocó inquietudes en algunos sanitaristas y profesionales de la salud en relación a la política de salud, y no fue monopolio de ninguno de los grupos o tendencias que se configuraban en el sector. Dicha inquietud encontró respaldo en los salubristas de la

Escuela de Salud Pública y en algunos investigadores de la Facultad de Medicina de la UNAM, y, en particular, en los que estaban vinculados con el Departamento de Medicina Comunitaria. Asimismo, dicha inquietud motivó el ensanchamiento de un pensamiento de izquierda crítico de la salud pública en práctica en la SSA y en el IMSS con la creación de la Maestría en Medicina Social en la UAM-Xochimilco, propiciando el surgimiento de nuevas tendencias alternativas de análisis de las orientaciones dominantes existentes en el sector de la salud pública. En última instancia, ese debate reflejó no sólo los cambios generales que se estaban dando en la sociedad mexicana, sino también el resultado del propio proceso de desarrollo, así como los diferentes proyectos político-ideológicos en gestación por considerar que el existente no estaba respondiendo a los intereses de la sociedad mexicana.

El propio reconocimiento por parte de algunos salubristas vinculados a la SSA con relación a la presión de otros grupos sociales no contemplados en los esquemas corporativos y la necesidad de reorganizar el sector para mejorar la cobertura y lograr mejores resultados en salud, fomentó que se hicieran divisiones en el seno de algunos grupos vinculados con el PRI, incrementando la lucha de poder entre grupos en el ámbito de las instituciones de salud. La necesidad de renovar las elites técnico-políticas del campo de la salud, identificadas con una forma específica de hacer política basada en la presión de clientelas o de grupos de poder, empezó a ser compartida por determinados sectores de la burocracia vinculados con fuerzas políticas interesadas en la renovación de las políticas de gobierno.

Es en ese contexto que las propuestas de planificación discutidas en el ámbito del Continente encontraron eco en algunos grupos de salubristas de la Escuela de Salud Pública y de la UNAM. En el ámbito de la Escuela de Salud Pública surgieron nuevos cursos para la capacitación de técnicos en planificación, y la Maestría en Salud Pública incorporó a su enfoque y contenidos el impulso latinoamericano a la planificación sanitaria (Burgoa C, 1995); pero se expandió, principalmente, junto a otro grupo de investigadores vinculados con la UNAM, liderados por los doctores José Laguna –personaje central en la creación de la Escuela Mexicana de Bioquímica y del respectivo Departamento en la UNAM, y reconocido por su labor en la investigación biomédica básica (Frenk J, 1991)–, José

Rodríguez Domínguez y el Dr. Guillermo Soberón, entonces rector de la UNAM y presidente de la Academia Nacional de Medicina. Éstos estaban preocupados porque la falta de cobertura del sistema se constituyera en un riesgo real para el funcionamiento institucional, y también por la problemática gerencial de los sistemas de salud, los altos costos aunados a la predominancia de las intervenciones curativas sobre las profilácticas, por la calidad académica y por el desarrollo científico de la investigación de alto nivel para dar respuestas de forma racional a los problemas del sector.

Además, compartían la idea de que no era posible esperar un movimiento político que favoreciera la inversión de manera tal que permitiera proporcionar servicios de medicina masiva y adecuada para atender las necesidades de salud del país (Domínguez, 1979: 148). Creían que el sistema no estaba aprovechando la potencialidad del médico para conseguir una mayor efectividad en la comprensión de que su participación en la definición de las opciones fundamentales para la decisión se constituyera *“en un factor determinante para demandar el cumplimiento de los funcionarios y para el establecimiento de un compromiso táctico de contribuir y esforzarse en la aplicación correcta de las recomendaciones que ellos mismos ayudaron a formular”* (Soberón, 1973: XIX).

Asimismo, exigían médicos capacitados para enfrentar los problemas del sector y conocedores de la situación de las instituciones, y sugerían que *“sólo con la vigorosa dedicación a las tareas de la investigación será como se podrán adquirir, asimilar y hacer avanzar los conocimientos que permitan enfrentar, con éxito, los problemas del futuro”* (Laguna-García, 1991: 633).

Dicha visión llevó a que el Dr. Rodríguez Domínguez fuera conocido por ser el gran impulsor de la salida de sus alumnos al extranjero, principalmente a las escuelas norteamericanas, en ausencia de una masa crítica en el país con capacidad para afrontar los desafíos del sector, y también por inculcar en ellos la idea de que su misión era reestructurar el sistema de salud en México para dar respuesta a la cuestión de la baja cobertura.⁹

⁹ Entrevista con un ex alumno del Dr. Rodríguez Domínguez, quien, hasta hoy, está buscando cumplir su misión de reformar el Sistema de Salud.

Además, Rodríguez Domínguez, junto con el Dr. Laguna, en consonancia con el entonces rector, apoyaban la necesidad de formar cuadros técnicos para la atención primaria con el fin de atender la necesidad en salud de la población que vivía en el área rural, y para ubicar a los médicos en los lugares precisos, lo que llevó al doctor Laguna, cuando fue director de la Facultad de Medicina, a impulsar el Plan A 36 de la Facultad de Medicina de la UNAM, orientado a una educación médica hacia la atención primaria. Laguna fue también el creador del Departamento de Medicina General y Familiar y Comunitario en esta Universidad (Frenk 1991: 631).

Este grupo, el cual se congregaba en la UNAM en torno a los profesores José Laguna y José Rodríguez Domínguez, desde una lectura centrada en los servicios de salud y una concepción de la atención primaria como una política de acceso a provisiones básicas, partía del reconocimiento de la necesidad de profesionalizar y de enfocar más la investigación en salud pública “a las actividades propias de los servicios de salud”, más específicamente, “a la prestación de la atención médica de acuerdo a las necesidades, la demanda y la capacidad del sistema para ofrecer los servicios”, y comenzó a liderar un proceso de creación de nuevos centros de investigación en salud pública (José Laguna, 1979: 11). Estos centros debían formar especialistas legitimados científicamente para ser agregados a los centros de poder e influir en la toma de decisiones.

Para ese grupo, como bien lo expresaron Jaime Sepúlveda Amor y Malaquías Cervantes (ambos formados bajo la protección de los doctores Laguna y Rodríguez Domínguez), la salud pública se había estancado y estaba debilitada debido a la “baja participación de las universidades u otros centros de educación superior en el terreno de la salud pública y la perniciosa centralización cultural, política y económica del país” (Sepúlveda-Amor, *et al.*, 2000: 330). Argumentaban que la Escuela de Salud Pública se había dedicado exclusivamente a “formar cuadros directivos u operativos para los servicios de salud, dejando de lado la investigación científica y, por ende, la formación de investigadores” (Sepúlveda-Amor, *et al.*, 2000: 330). Asimismo, pregonaban la importancia de aumentar la participación de los centros de educación superior en el terreno de la salud pública, particularmente de la UNAM, donde se realizaba la mayor parte de la

investigación científica biomédica y clínica, junto con los Institutos de Salud especializados.

La base de su justificación era que los problemas de salud se tornaban cada vez más complejos y la ciencia avanzaba cada día más, permitiendo nuevos tratamientos e introduciendo nuevas tecnologías y fármacos (Soberón-Acevedo G, 1992). Además, en el centro de las preocupaciones de ese grupo estaba la cuestión de la pertinencia del conocimiento científico para la toma de decisiones, expresando su adhesión al expansivo proyecto de planeación, el cual tomó cuerpo con la creación de la Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP), donde se ubicó también el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), creado en diciembre de 1970 (Luna M, 2000: 245).

Esa preocupación también los aproximó a otros sectores que en México debatían sobre la necesidad de una mayor profesionalización de la investigación en salud y acerca de la creación de una política científica por parte del Estado, dedicando recursos, planificando y estableciendo prioridades en función de la morbilidad y mortalidad, sin resultar en un “cartabón rígido” (Velásquez-Arellano, 1982). También era parte del debate de la época la dirección que debía tomar la enseñanza médica y hasta qué punto tenía que estar dirigida a la medicina hospitalaria o a la atención del primer nivel. Un punto problemático era la falta de coordinación entre el aprendizaje y las necesidades de la población (Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública, 1984).

Los doctores Laguna y Rodríguez Domínguez, al igual que sus pares de Universidades de EE.UU.A y del Reino Unido, estaban preocupados por los problemas de los altos costos de la atención médica y de la intensidad tecnológica de los servicios, por la falta de criterio para la absorción de nuevas tecnologías médicas, por la mala distribución y calidad de los recursos médico-sanitarios, por los limitados resultados de la acción médico-sanitaria y por la falta de información para apoyar la toma de decisiones. Asimismo, apoyaban la producción de un conocimiento pragmático para enfrentar los problemas de los sistemas de salud y de la salud de la población mexicana sin alterar el poder biomédico. Este fue el inicio de una tendencia que ganó cuerpo en la década de los ochenta, preocupada por la búsqueda de la gobernabilidad de los costos y de la demanda, de modo que no se pusiera en riesgo el sistema de salud.

En torno a esas preocupaciones, dicho grupo, con apoyo de la SSA y del CONACYT, organizaron seminarios y reuniones de discusión con la participación de otras instituciones e investigadores vinculados con la salud pública e interesados en la problemática de los sistemas de salud y en acompañar y ser parte del debate.¹⁰ En consonancia con esas preocupaciones, el área de Investigación en Servicios de Salud (ISS) fue reconocida por CONACYT como un área de investigación científica vinculada con los centros de educación superior, más que como un área técnica de carácter aplicativo, dando inicio a una tendencia de separación entre la salud pública, entendida como acción técnica volcada a la salud colectiva y a la investigación en sistemas de salud como un campo científico del quehacer organizacional de las instituciones de salud.

Una de las cuestiones que estuvo presente en el debate de entonces y que dividió las posiciones, se refirió a la relación entre las necesidades de salud de la gran mayoría de la población mexicana –es decir, los daños que se querían abatir– y los recursos que se requerían para ello. Mientras que el grupo de la UNAM optó por dar una mayor importancia “a los caminos prometedores” tanto en el campo biomédico como de la investigación en los sistemas de salud para dar la mejor atención posible sin dejar de reconocer la importancia de continuar prestando “atención a la aplicación de procedimientos tradicionales de salud pública que permitan mejorar globalmente las condiciones de salud de nuestras sociedades” (Laguna, 1979: 11), en el ámbito de la Escuela de Salud Pública vamos a encontrar salubristas que planteaban la importancia de continuar el combate a las enfermedades infecciosas y a las endémicas locales, promoviendo una nutrición adecuada y un saneamiento básico, garantizando un tratamiento médico apropiado de primer nivel de atención y mejorando las condiciones de vida de las comunidades campesinas como elemento de desarrollo del país. Para estos salubristas, la salud “es condición previa para el desarrollo” y no una consecuencia (Cantú, 1973: XVII). Además, advertían sobre la necesidad de formar técnicos conocedores de la realidad cultural de la población que vivía en el área rural, en consonancia con una política de atención primaria, de tecnología apropiada y participación comunitaria, y de conformar un

¹⁰ Entrevista con salubrista de izquierda vinculada con la Maestría en Medicina Social.

sistema de salud capaz de integrar las comunidades indígenas-campesinas al desarrollo (Fujigaki-Lechuga A, 1980: 70).

Fujigaki Lechuga, Director General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados en el período 1976-1982, y salubrista vinculado con la Sociedad de Salud Pública, en consonancia con el entonces Director General de la OMS, promotor de la atención primaria, el Dr. Mahler, planteaba que más que conocimiento, lo que requería México para resolver los problemas de salud era “*determinación política, capacidad económica, tecnología apropiada, atención primaria de salud, definición del rol que la población debe de desempeñar, como autora de su propio bienestar y personal adiestrado y convencido de la importancia de su acción*” (Fujigaki-Lechuga A, 1980: 71).

La posición del Dr. Fujigaki Lechuga era, en cierta medida, para algunos salubristas de la ENSP más próximos a las tendencias nacional-popular y que tenían cabida también en la Sociedad de Salud Pública, expresión de la importancia de la aplicación de acciones comunitarias en salud en el medio rural a través de la red local de servicios, como estrategia para la superación o emancipación de la población rural para la conformación de una colectividad nacional, que tomaría forma por medio de los Programas de Salud Rural y otros dirigidos a la población campesina (Fujigaki-Lechuga, 1969: 33).

Con una postura de clara oposición a los salubristas de la ENSP y a la medicina como un campo de conocimiento y práctica dominante en las principales instituciones del país al servicio de la sociedad capitalista (Esbenschutz, s/f), y de espaldas al régimen priísta, se conformó otro grupo articulado con una tendencia continental de análisis social y crítica a la medicina asistencial como eje organizador de los sistemas de salud. Ese grupo, formado por profesionales de la salud dedicados a la docencia y a la investigación, fue responsable de la Maestría de Medicina Social, creada en 1972 en la UAM-Xochimilco, con el apoyo de la Fundación Kellogg y con la colaboración de la OPS. Dicho grupo optó por mantenerse fuera de la estructura de poder del Estado mexicano en clara manifestación de oposición y de respuesta a la legitimidad de la política de salud de aquél; no obstante, no todo el grupo estuvo conforme en dar la espalda a la política del Estado.¹¹

¹¹ Entrevista con salubrista de izquierda vinculada con el proyecto de Medicina Social.

Los integrantes del mencionado grupo, al igual que otros existentes en algunos Departamentos de Medicina Preventiva de Brasil, Argentina y Ecuador, estaban dispuestos a criticar ideológicamente la medicina vinculada con la industria de la salud e incorporar la dimensión social en el análisis del proceso salud-enfermedad-atención, al tiempo que reivindicaron un quehacer científico vinculado con las causas sociales y la transformación de la realidad en dirección a un mundo sin clases sociales ni explotadores, una de las condiciones para una sociedad menos enferma y con un mejor estado de salud. En consecuencia, el desarrollo de esa corriente, dado su carácter militante para contribuir desde el sector salud a la transformación de la sociedad capitalista en dirección al socialismo, corrió paralelo al del desarrollo socio-político de las propuestas de izquierda, repercutiendo tanto en los propios temas de análisis como en los planteamientos teóricos.

García J C (1994: 187) los definió como parte de una tendencia presente en diversos países del continente, volcados a la discusión de problemas más abstractos como, por ejemplo, las relaciones de poder o la explotación del obrero y sus vínculos con la salud, mientras que los salubristas “estaban interesados en resolver problemas concretos de sus comunidades para lo cual requerían, por ejemplo, levantamiento de datos descriptivos”. Esa interpretación de García puede ser complementada con la de Iriart (2002: 131), quien los analiza como un grupo que sugiere un enfoque más complejo del proceso salud-enfermedad a través de un enfoque multimetodológico no subordinado a la preeminencia de una lógica empírica que asocia fragmentos de la realidad.

Así, se configuró el inicio de una corriente académica y metodológica fundada en los marcos del materialismo histórico, en oposición a la visión positivista “cientificista” que estaba presente en el sector junto al grupo de la Escuela de Salud Pública y de la UNAM, y con una orientación ideológica de izquierda. La salud fue replanteada en términos teóricos trascendiendo lo biológico y tratada como un espacio del conflicto social de la lucha de clases, y la política de salud fue analizada como una propuesta de distribución del poder en el ámbito de la salud (Testa, 1981). Los aportes de esa corriente estuvieron bajo la influencia no sólo del debate en el interior del marxismo, sino también de las luchas sociales en contra de la explotación capitalista y comprometida con la revolución socialista.

Ese grupo, encajado en la tendencia de renovación de la salud pública que se estructuró a partir de la década de los setenta, se posicionó desde su inicio en contra de la explotación capitalista y de la existencia de la sociedad de clases. Desde esa postura, contribuyó en la discusión sobre la causalidad o la determinación del proceso salud-enfermedad, así como en un abordaje capaz de reconocer la subordinación de la dimensión biológica de la enfermedad y de la salud a la formación social clasista. En consecuencia, una parte inicial importante de los aportes estaba dirigida a discutir el carácter social del proceso salud-enfermedad-atención, y buscaba entender qué es lo social en salud, encuadrando los problemas de enfermedad en los contextos sociales que la determinan, en oposición a la visión empirista y mono-causal presente en la medicina y en la salud pública tradicional (Iriart C, Waitzkin H, Breih J, Estrada A, Merthy E., 2002: 131).

Particularmente, lo social se refirió al mundo del trabajo como a una dimensión estructurante de las relaciones de producción de la sociedad capitalista, y hubo una tendencia a considerar la posición de clase como determinante del proceso salud-enfermedad que los llevó a investigar las relaciones existentes entre el proceso de trabajo, las clases sociales y determinadas enfermedades (Blanco Gil, J., 1991: 207). Tal opción los articuló con los sindicatos, y una de sus mayores contribuciones estuvo en el campo de la salud del trabajo, en la elaboración de mapas de riesgos y en la discusión de la vinculación entre trabajo y enfermedad, y también en el campo epidemiológico.

De ahí que un eje importante de investigación de ese grupo estuviera vinculado con el problema de la desigualdad de clase frente a la enfermedad. El interés por este tema reflejaba la preocupación de ese grupo por las condiciones de trabajo y de vida de muchos mexicanos, y uno de sus propósitos fue vincular las condiciones de salud con la explotación y con la existencia de clases sociales. En consecuencia, buscaron, desde el espacio académico, la reformulación del conocimiento epidemiológico y el desarrollo teórico-metodológico para el estudio del proceso salud-enfermedad que incluyera la categoría de proceso de trabajo y reproducción en su marco explicativo (Blanco Gil J., 1991: 206). Fue en esas investigaciones que la pertenencia de clase explicaba la enfermedad más que la dimensión biológica. La forma de vida, el saneamiento y las características de la vivienda se transformaron en temas de investigación, incluso como elemento importante para definir

las intervenciones necesarias en salud. De igual forma, se vincularon la distribución diferencial de la mortalidad y las condiciones de trabajo, y el desarrollo de las investigaciones en salud a partir del enfoque social también los aproximó a los sindicatos y a las organizaciones sociales (Laurell, 1978).

El grupo también se esforzó en hacer un análisis de la política sanitaria puesta en práctica por el Estado mexicano a partir de una visión de clase, no sólo para explicar la persistencia de determinados problemas de salud, sino, principalmente, porque partiendo de un proyecto de transformación entendía que “de las características del Estado radica la actividad política tendiente a la toma del poder y a la transformación de la sociedad” (Eibenschutz, 1981: 39). En este sentido, proponía vincular el alcance de la política de salud con la construcción de la hegemonía de la clase dominante o fracción de clase dominante, y relacionaba la acción del Estado en salud en función de las necesidades económicas, políticas e ideológicas y del desarrollo de las fuerzas productivas que derivaban del desarrollo económico y de la lucha de clases en el país (Eibenschutz, *op. cit.*: 40). Por otra parte, consideraba que la práctica médica estaba determinada históricamente, y es en ese marco donde interpretaba a las instituciones de salud como resultado de la lucha de clases y de la necesidad del capitalismo de mantener y reproducir la fuerza de trabajo y de controlar políticamente a la población.

Los integrantes del grupo reconocieron que, desde la Reforma de 1867, la política sanitaria en México había sido responsabilidad del Estado, y esa responsabilidad “se refuerza por el rol político y económico asumido por el ‘Estado Revolucionario’, como una forma de mediar frente a los conflictos de clase” (Eibenschutz, s/f: 28).

Fue bajo ese enfoque que el grupo analizó la política sanitaria en México hasta 1980, interpretándola como resultado de la consolidación de un Estado capitalista con un fuerte apoyo de las masas, surgido de las alianzas de clases construidas a partir del proyecto cardenista, y argumentando que esas alianzas basadas en el corporativismo y en el clientelismo expresaban los compromisos del Estado con los campesinos y con los obreros, así como también con la base social del PRI, condicionando una política de salud de corte populista que se institucionalizó en una multiplicidad de sistemas sanitarios (Eibenschutz, *op. cit.*).

En este sentido, Eibenschutz (*op. cit.*: 21), a partir de un planteamiento teórico de base marxista y próximo a una lectura menos determinista en relación a las estructuras económicas, consideró que la política sanitaria del Estado mexicano atendía tanto a los intereses de la acumulación como a su base social, teniendo como resultado una multiplicidad de instituciones, con diferentes modelos, financiamientos, salarios y organización, que duplicaban funciones y recursos, y que “la atención médica se realizó principalmente con acciones de tercer nivel bajo un modelo centralizado, cientificista-hospitalario, urbano y con acentuado reforzamiento de la seguridad social, sin desarrollo importante de la atención primaria”. En contrapartida, sin dejar de reconocer el reforzamiento de la SSA para desarrollar programas dirigidos al sector campesino, advirtió, en concordancia con otros salubristas, la limitada y desigual cobertura existente entre las instituciones asistenciales y las de seguridad social, y la ausencia de soluciones globales, además de que “los presupuestos inestables y decrecientes con que contó la SSA se tradujeron en la no conclusión de múltiples proyectos y obras, escasez de equipamiento y personal insuficiente y malpagados, con salarios más bajos que en los institutos de seguridad social”.

Por supuesto, las alternativas de política planteadas por ese grupo no buscaban dar respuesta a cuestiones puntuales de salud y al sistema de salud, como tan poco consideraban que la solución de los problemas de salud o del aumento de los costos de la atención médica dependiera del desarrollo de la ciencia o de las nuevas tecnologías médicas como planteaba el grupo de la UNAM, constituido en torno a los doctores Laguna y Rodríguez Domínguez. Para ellos, resultaba más importante, cuando la cuestión era la defensa de la salud, analizar la enfermedad como parte de las contradicciones del sistema capitalista que, simultáneamente, produce los enfermos y el complejo médico-industrial, y profundizar en el estudio científico de la sociedad y de su modo de producción, así como luchar en alianza con el sector obrero por un cambio social. Asimismo, reconocieron que la diversidad institucional existente en el sector no sólo reflejaba la estructura clasista de la sociedad, sino también una respuesta clientelista del Estado frente al corporativismo, los sectores marginados, los actores políticos, los grupos económicos, lo que “terminó generando una gran ineficiencia, superposición de servicios, falta de cobertura, centros de

poder político” (Eibenschutz, s/f.: 23). Como alternativa y en consenso con los salubristas en general, y en el marco de la comprensión de que la protección a la salud es un deber y responsabilidad del Estado, proponían la reorganización de los servicios públicos de salud en un sistema único universal; sin embargo, planteaban la necesidad de desarrollar un conocimiento para la praxis social. En ese caso, el nuevo conocimiento debía permitir la comprensión de estos fenómenos bajo la perspectiva de clase por los profesionales del sector y por los trabajadores, así como la toma de conciencia de la sociedad en dirección a un cambio en las relaciones de producción y de poder. Es decir que, la propuesta de unificación de las instituciones del sector para garantizar la universalidad requería de cambios globalizadores capaces de abarcar a toda la sociedad, inclusive su base de producción.

Es preciso señalar que, tanto la propuesta de la medicina social como la de atención primaria como un instrumento del desarrollo social, fueron acogidas por otros grupos de salubristas albergados en otras instituciones, o junto a aquellos vinculados con el Movimiento Popular para la Salud. En particular, en la División de Nutrición de la Comunidad, del Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán”, donde Alberto Ysunga-Ogazón y otros que se dedicaron, en la primera mitad de la década de los ochenta, a sensibilizar a la sociedad mexicana por los problemas nutricionales del país, conjugando esfuerzos con la UAM-Xochimilco en el ámbito de la Maestría de Desarrollo Rural, con el Instituto de Biología de la UNAM y con el Instituto Nacional Indigenista para la realización de un modelo innovador de capacitación en materia de salud, para ser retomado y reproducido por diferentes comunidades u organizaciones autogestivas en el marco de la Atención Primaria en Salud. Cabe destacar, por ejemplo, la experiencia desarrollada en el Programa de Nutrición y Salud de la Sierra Juárez de Oaxaca, que buscó, por medio de actividades didácticas no convencionales, promover la educación nutricional y configurar un espacio de autorreflexión de los propios participantes.

Otro aporte al debate fue realizado por parte de un grupo de salubristas, algunos de los cuales eran, incluso, maestros en la ENSP, y estaban vinculados con organizaciones populares y experiencias comunitarias de participación en salud que en la década de 1980 confluyeron en el Movimiento Nacional de Salud Popular. Ese grupo planteaba el trabajo a

partir de la comunidad como condición para la superación del modelo de atención centrado en los problemas de salud, y para romper con el verticalismo existente que excluía a la población de la participación individual y colectiva en la solución de los problemas de salud.

Lo cierto es que, desde perspectivas teórico-políticas diferentes –e incluso opuestas– existía un consenso entre los sanitaristas sobre el papel del Estado como responsable del bienestar. También existía una confrontación que no era solamente de naturaleza técnico-científica; era igualmente política e ideológica, y uno de los elementos centrales de ese debate se refería a la capacidad de la medicina y de la investigación biomédica para producir salud, en particular cuando “no incluye la palabra del paciente ni la participación comunitaria” (Menéndez, 1994: 318).

De cualquier modo, el decenio de los ochentas –en el contexto del cambio del modelo de desarrollo, de disminución de los recursos para el área social y del aumento de la pobreza–, marcó un parte aguas en el sector y dejó ver un desplazamiento ideológico y político del Estado por la ideología del mercado, abriendo espacio para las propuestas que reforzaron la visión biomédica del proceso salud-enfermedad-atención y la visión funcional de las estructuras de poder sectorial. Así pues, pudimos ver una reformulación del debate y el surgimiento de nuevas propuestas que se aglutinaron, básicamente, alrededor de dos rutas, cada una de ellas con un amplio abanico de opciones. Una de esas vías asumió el agotamiento del Estado y de la salud pública entendida como sector estatal, y reclamó una reforma institucional en el sector salud para garantizar una mayor presencia del mercado, como condición para enfrentar la cuestión de la baja cobertura del sector y la mejora del acceso. La otra vía continuó confiando en el Estado como garante de la justicia social en sociedades desiguales.

2. LA CONSTRUCCIÓN DE LA AGENDA DE REFORMA Y SUS VÍNCULOS CON UNA VISIÓN DE SOCIEDAD

Se entiende que la reforma en cuestión está asociada a una agenda de prescripciones muy concretas basadas en los principios de libre mercado, en oposición a la intervención del Estado (modelo keynesiano) como garante único del bienestar. Esa agenda fue resultado

del debate que surgió a partir de la crisis financiera de las instituciones de seguridad social, del fenómeno de la globalización y de la apertura de los mercados, y de la ola reformista europea de la década de los ochenta, impulsada por la disminución de la tasa de crecimiento de sus economías. En ella se planteaba un cambio en el funcionamiento y en el financiamiento de los sistemas de salud que estaban muy imbricados con los cambios macroeconómicos y con las propuestas de ajuste diseñadas en el transcurso de las décadas de los 70 y 80 por los organismos financieros internacionales.

En otras palabras, la agenda de reforma se propuso teniendo un trasfondo ideológico pro mercado en oposición a la visión de la protección pública y de mucha presión por la privatización de la atención médica y de los fondos de pensiones de la seguridad social. En consecuencia, la propia capacidad del sector público para mantener la política de acceso a los servicios de salud, orientada por la oferta universalista conforme se venía planteando, pasó a estar bajo proceso de redefinición en términos de sus alcances, valores, parámetros y marcos reguladores.

Además, desde el inicio del proceso de construcción de la agenda de reforma sectorial, se observó el soporte ideológico de fuerzas sociales vinculadas con el sector empresarial y con corporaciones financieras pertenecientes al sistema de Naciones Unidas, particularmente el Banco Mundial, donde predominan los intereses anglo-americanos (Armada F, Muntaner C, y Navarro V., 2001). Ese apoyo tomó cuerpo a través de publicaciones del Banco Mundial que pasaron a constituirse en verdaderas guías de acción para el sector salud, determinando la agenda de reforma sectorial y, en cierta medida, un nuevo marco teórico-ideológico para idear las políticas de extensión de cobertura (Melo B. C, M. A. y Costa R. N: 1994).

Se puede decir que la agenda de reforma para América Latina comenzó a ser construida por estos organismos con el apoyo de determinados grupos de salubristas de la región, comprometidos ideológica y políticamente con los grupos de poder interesados en el cambio de la política de salud en dirección a una mayor participación del sector privado en la oferta de servicios de salud. Esa agenda se construyó a partir de un diagnóstico de crisis económica mundial y del Estado de bienestar como una alternativa neoliberal para la recuperación económica y para enfrentar las cuestiones

referentes a las desigualdades producidas por el mercado que afectaban el bienestar de los grupos sociales. Se estableció una conexión entre crisis económica y crisis de los sistemas de bienestar, lo que encausó la discusión en dirección a una crisis de carácter universal de los sistemas de servicios de salud; dicha crisis se inscribió en un marco propio, restrictivo de las políticas sociales y de control de los gastos sanitarios. La política sectorial quedó inscrita en el debate referente a la propia dinámica del capitalismo y su reestructuración, tanto en términos económicos como políticos.

En ese debate se discutió, particularmente, la dimensión pública del Estado en el ámbito social como elemento de promoción de la justicia social y de construcción de legitimidad. La acción de los políticos y de los burócratas fue identificada como elemento causante de la expansión creciente de los gastos públicos que se realizaban, bajo presión de los sectores organizados, con clientelas instaladas en las estructuras administrativas del Estado, sin tener en consideración las condiciones financieras reales.

Además, se dijo que la acción interventora del Estado impedía que los mismos mecanismos del mercado sanaran la economía, lo que provocaba, por el contrario, la expansión de los gastos sociales por arriba del crecimiento del PIB, el desequilibrio y el déficit en las finanzas públicas. Como consecuencia, ello actuaba como una variable capaz de llevar a una crisis de gobernabilidad (Botella J, 1997: 192), al mismo tiempo que penalizaba la actividad productiva, provocando inflación y desempleo, y generando una ciudadanía dependiente del Estado.

A su vez, esas críticas se reforzaron ideológicamente con el debilitamiento de las economías socialistas, y se vieron coronadas con el fin de la Unión de las Repúblicas Soviéticas y la apertura de la economía de China. Fue también cuando surgió la tesis defendida por Fukuyama sobre el “Fin de la historia”, de la ideología y de lo político (Navarro V, 1997: 104, citando un artículo del ex director de la Revista británica *Marxism Today*). Así, la puerta estaba abierta para la entrada de un nuevo referencial ideológico e intelectual centrado en el mercado.

Otro hecho importante para la construcción de la agenda de reforma fue la victoria electoral de los partidos conservadores, en particular en los EE.UU.A., con Reagan, y en el Reino Unido con Margaret Thatcher, lo que posibilitó colocar en el campo político el eje

del debate (Fiori, 1996: 23). Los neoconservadores impulsaron un retorno al Estado liberal que significó recolocar los temas de la enfermedad en el mercado como forma de garantizar la “libre elección del médico, libre elección del hospital, libre elección de sistema público o privado” (Clavero-Salvador J, 1992: 37). Por lo menos esa fue la plataforma electoral de Thatcher cuando accedió al poder en 1979, y después en 1983 (Clavero-Salvador J, 1992: 37), pero, con bajos efectos sobre el sector público, a pesar de los esfuerzos por privatizar los segmentos rentables y penalizar a los grupos sociales más desfavorecidos con la intención de que se convirtieran en trabajadores (Castells M., 1997: 179).

Según algunos autores, como Rodríguez Cabrero (1997: 117), Ginsburg (2000: 174), Mishra (2000: 114) y (Bluestone, 2000: 142), la ideología neoliberal que actuó como un común denominador de las reformas, se basó en la visión neoclásica de crecimiento centrada en el control de precios y en la promoción del ahorro, lo que llevó a lo siguiente: a) al predominio de la visión monetarista de funcionamiento de la economía de mercado, que llevó a priorizar la lucha contra la inflación para disciplinar el mercado sobre las demandas sociales de bienestar y la política de pleno empleo; b) a políticas redistributivas favorecedoras de la distribución funcional de la renta, favorables a las rentas de capital y a los beneficios, a costa de las rentas salariales; c) a políticas laborales favorecedoras de la desregulación y la flexibilización en el empleo; y d) a políticas sociales que suponían la reducción de la intensidad protectora y un mayor aseguramiento a través del mercado.

En pocas palabras, lo que proponía la agenda de la reforma era la superación del Estado providencial o del bienestar para dar lugar a una justicia compensatoria reparatoria residual, que orientó la conformación del sistema de protección social de EE.UU.A. en un contexto que anunciaba el desempleo, la flexibilización del empleo y la migración, y sin tener en consideración el contexto particular de los países en situación de pobreza estructural y con un limitado desarrollo de sus sistemas públicos de atención a la salud. Como bien apunta Bouzas (2001: 289), los efectos de un cambio de esta naturaleza sobre la erosión del modelo de política social son muy distintos en un país desarrollado que en otro en desarrollo.

De todas formas, independientemente de las características nacionales y del nivel de bienestar de los países del continente latinoamericano, lo que llamó la atención fue la

velocidad con que esas directrices que no llegaron a ser puestas en práctica en el Reino Unido de forma plena, fueron apoyadas y legitimadas por una comunidad científico-técnica internacional y por las agencias financieras internacionales, globalizándose y llegando a diversos rincones del planeta, como un proceso irreversible y natural. Al carácter de irreversibilidad de la agenda se añadió la fuerte presencia del argumento de autoridad, ya consagrado desde el llamado “Consenso de Washington”. Ponerlo en duda era arriesgarse a ser caracterizado como opositor, reducido a populista o tachado de adverso o con fobia a lo nuevo, independientemente de la clase de “nuevo” que se estaba proponiendo.

En segundo lugar, el pragmatismo a través del cual se propuso un mercado competitivo propio del sistema de EE.UU.A. y puesto en práctica parcialmente en el Reino Unido, favorecieron su incorporación a las propuestas de reforma en América Latina. De acuerdo con Melo y Costa (1994), esas experiencias actuaron reforzando la acción de los gobiernos en Latinoamérica, deseosos de remodelar su política social además de propiciar un aprendizaje de experiencias a ser socializadas en torno a un nuevo modelo de gerencia de la política social por la comunidad de los especialistas en políticas.

Como ejemplificación de esa tendencia, algunos investigadores se dedicaron a investigar la tendencia a la privatización introducida por la gerencia administrada de los sistemas de salud, vinculándola con la ideología que animaba la reforma. Estos investigadores lograron demostrar que las corporaciones multinacionales promotoras de la gerencia administrada en el sector salud, se transformaron en grupos de interés a escala continental, con poder de organizaciones supranacionales y de presión externa, lo que acabó fortaleciendo las decisiones gubernamentales hacia esta dirección (Melo BC y Costa R, N, 1994: 53).

De acuerdo con Stocker y colaboradores (1999: 1131), diversas corporaciones multinacionales con interés en diferentes países de América Latina habían proliferado y desarrollado estrategias para impulsar la gerencia administrada. Aetna, CIGNA, Principal Financial Group y American International Group están presentes en México, Argentina, Brasil, Chile y en otros países del continente. Sin embargo, en México la presencia de esas administradoras no es significativa a pesar del alto gasto privado en salud no modulado y ni organizado por instituciones aseguradoras privadas. América Latina se tornó un mercado

atractivo para las aseguradoras norteamericanas frente a la saturación del propio mercado norteamericano. Asimismo, las perspectivas lucrativas de los fondos de la seguridad social de América Latina se vieron favorecidas por la globalización con la creación de mercados libres, con las políticas de las agencias multilaterales para apoyar la privatización del sector salud (Banco Mundial, Fondo y el BID), con el crecimiento de la clase media, con la baja expansión de los servicios públicos y con la tendencia de privatización de muchos gobiernos que ven la gerencia administrada como un recurso para mejorar la eficiencia, bajar costos y extender la cobertura del sistema de salud.

A su vez, esas experiencias formaron parte del proceso de aprendizaje social que constó de la acumulación y disseminación de un conocimiento en el ámbito internacional, respaldado por los organismos internacionales de crédito, de manera relativa por el consenso entre un grupo de especialistas en políticas. Este conocimiento no sólo se transformó en base para la coordinación de políticas en el área internacional, influyendo sobre las políticas sociales, sino también en un recurso de poder político y de organización con efectos definidores en la distribución de los bienes y recursos de la política social, que puede llevar a moldear agendas, posiciones ocupacionales y cierre del mercado profesional a otros conocimientos o grupos de profesionales que no comparten la misma visión o ideología.

Por supuesto, el explorar la existencia de estos fenómenos y sus implicaciones para América Latina no se constituye por sí mismo en predicciones probables de reforma en México. Este recuento simplificado de la convergencia de intereses entre el sector privado, agencias bilaterales y gobiernos en torno a la introducción de mercados en los sistemas de salud, tuvo como propósito enmarcar el contexto ideológico en el que se conforma la agenda de la reforma sectorial que, en última instancia, definirá los problemas que la reforma debe de enfrentar, y el debate y la información a ser disseminada.

2.1. PECULIARIDADES DE LA AGENDA PRO MERCADO PARA LATINOAMÉRICA: TIEMPOS Y ACTORES

En América Latina, al igual que en Europa, la reforma del sector salud estuvo aunada a la política de ajuste estructural (introducida en los años ochenta) y a la percepción de la

necesidad de bajar los costos de los servicios médicos en un contexto de presión para ampliar la cobertura, inclusive en países donde la existencia de un Estado de bienestar era dudosa o donde era muy limitada su actuación. A diferencia de los países europeos, los países latinoamericanos fueron presionados para atender la catastrófica situación de determinados grupos sociales impactados de forma negativa por las políticas de ajuste, y que dieron lugar al surgimiento de protestas sociales. La combinación de ambos fenómenos obligó a incluirlos en la agenda política de los gobiernos neoliberales.

La literatura académica ha puesto atención al proceso de conformación de la agenda de reforma para América Latina, precisando sus tiempos y especificidad, así como el rol de los especialistas en la inducción de la reforma y en la percepción de la crisis y sus soluciones.

Aunque la implementación de las reformas en América Latina está unida al discurso de la crisis económica, su puesta en práctica no se dio con la misma intensidad, ni tampoco fue simultánea, y sus consecuencias fueron muy distintas para sus respectivos ciudadanos y sistemas de salud. A diferencia de Europa, los ajustes en nuestros países tuvieron efectos mucho más serios sobre el financiamiento del sector público y las condiciones de vida de amplios sectores sociales. Éstos, además, tuvieron lugar porque buena parte de la población no tenía acceso a los servicios de salud, y, sumado a esto, por la pobreza histórica existente y la enorme deuda pública acumulada, expresión de la inserción subalterna de las economías latinas en los mercados internacionales, sin posibilidades de pago, debido a la propia recesión.

En términos generales es posible identificar algunos macro procesos que se repiten en los diferentes países del Continente. Uno de los más importantes fue la primacía del discurso de la crisis de la economía y de las instituciones de bienestar, independientemente de las características de los diversos desarrollos nacionales y regímenes políticos, y de la pobreza galopante. El discurso de la crisis del Estado de bienestar, hasta entonces objeto de discusión de investigadores con una formación de izquierda, se vinculó con la crisis económica y la acción del Estado, encontrando respaldo y auditorio junto a otros sectores, y fue repetido hasta el cansancio por economistas y otros profesionales, lo mismo que por las elites y gobiernos. El eje del debate cambió: el Estado dejó de ser identificado como el

impulsor y responsable del desarrollo y del bienestar cediendo su lugar al mercado. En el nuevo escenario ideológico, el mercado ocupó el lugar del Estado y la cuestión pasó a ser cómo incorporar el mercado al sector social como parte de las estrategias de crecimiento de la economía, considerado esto como condición para mejorar el bienestar social. El cambio expresaba un cuestionamiento en torno al alcance y efectividad de la acción del Estado en el ámbito social tanto para suplir las carencias como para promover el desarrollo.

En esta etapa, las agencias internacionales, en particular el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), tuvieron un papel protagónico en la identificación de cada una de las crisis, en la conformación y divulgación de un conjunto de medidas para combatirlas, en el apoyo a grupos académicos para la elaboración de un marco explicativo que las englobara, y, finalmente, en el financiamiento y puesta en marcha de la agenda de reforma ocupando el lugar tradicional de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

La relación entre los ajustes estructurales y el proceso de reforma en América Latina está registrada en la literatura. Almeida (2002: 906) reconoce que, aunque la reforma está vinculada a la crisis económica y a las políticas de ajuste y reestructuración, lo que motivó su puesta en práctica en el Continente Americano no fue tanto la cuestión de los costos y gastos sanitarios, muy presente en los países centrales, “sino la excesiva contracción impuesta por los ajustes económicos y por el escandaloso aumento de las desigualdades”. Es entonces que se habla de reforma de una segunda generación, en general, puesta en práctica después de la década de los noventa a partir de la concesión de créditos por el Banco Mundial, ya fuera para contratar consultoras extranjeras para diseñar las propuestas de reforma o para ponerlas en práctica. De todas formas, Almeida consideró que no había diferentes generaciones de reforma sectorial, sino que, en realidad, se trataba de sucesivas estrategias o propuestas institucionales que integraban un mismo marco ideológico y teórico, formulado, en general, por agencias internacionales e implementadas como respuesta a la crisis económica y a la reestructuración económica.

Homedes y Ugalde (2002: 54) vinculan el inicio de la reforma con las condiciones impuestas por el Banco Mundial y el FMI a la concesión de crédito a los países para refinanciar la deuda pública. Una de las condiciones fue la reducción del sector público en

la gestión de actividades comerciales, de servicios públicos y reducción de los servicios sociales.

De cualquier forma, los Informes Anuales del Banco Mundial pueden verse como indicativos de tendencias de la agenda en la región (Melo y Costa R, *op. cit.*: 95). Así, en 1989, el BM dio a conocer el documento “*Financing health care: An agenda for reform*”, el cual, según algunos analistas, tenía el propósito de aliviar el impacto de las medidas económicas y de promover una corrección de la ruta. El texto abogaba “por la disminución del papel del Estado y la superioridad del mercado en el financiamiento y en la provisión de servicios de salud” (Almeida, 1999). Cuatro años después, pese a la continuidad de los niveles de pobreza, el Banco tuvo que producir un nuevo documento, considerado más pragmático, intitulado “*Invertir en Salud*” (1993), en cuya elaboración participó la OMS. Este documento se transformó en una guía para las reformas de segunda generación, en la que se buscó dar respuesta al aumento de la pobreza a través de acciones puntuales de alta efectividad y bajo costo.¹²

Para ese entonces, dentro del propio Banco Mundial empezaron a surgir defensores con una visión más equilibrada en relación con el papel del Estado, una visión “que reconozca las limitaciones y fallos de los mercados y *también* del Estado, pero que conciba a ambos actuando conjuntamente, como socios, siendo la naturaleza precisa de dicha asociación algo diferente según los países, dependiendo de los estadios de su desarrollo tanto político, como económico”. Así lo manifestó el jefe del Banco Mundial, el economista Joseph E. Stiglitz, dejando expuestos los conflictos en el interior del Banco (Stiglitz, 2002: 103 y 275), llamándole particularmente la atención los errores y desatinos del FMI que forzaron “la liberalización antes de instalar redes de seguridad, antes de que hubiera marco regulador adecuado, antes de que los países pudieran resistir las

¹² En julio de 1993, por ejemplo, tuvo lugar en el INSP el foro “Tendencias Internacionales en Políticas de Salud, Implicaciones para México del Informe del Banco Mundial”, organizado por el Dr. Guillermo Soberón Acevedo, entre otros. En su intervención, el Dr. Santos-Burgoa agradeció la invitación a participar en dicho foro, y comentó lo siguiente: “este trascendental documento que estimuladamente tuvo el sello de uno de los fundadores del Instituto Nacional de Salud Pública, y digo que es trascendental en especial para México, porque nos invita a la reflexión profunda en un país que atravesando por una significativa transformación económica, vislumbra en su futuro inmediato una ruta de transformación social íntimamente vinculada a la economía” (Santos-Burgoa, julio 30, mecanografía). Asimismo, la Maestría en Medicina Social de la UAM-Xochimilco convocó a reuniones para discutir críticamente el documento y plantear alternativas ideológicamente contrarias a la propuesta del Banco.

consecuencias adversas de los cambios súbitos en las impresiones del mercado, que son parte esencial del capitalismo moderno”. Frente a los dudosos resultados de las políticas de ajuste estructural y a las severas consecuencias para la desigualdad social, hizo que muchos funcionarios de organismos internacionales pasasen a considerar que “cualquier estrategia de desarrollo que implicara una elección entre mercado y Estado” debía de ser “calificada de incorrecta e insensata”, de acuerdo con Sojo, funcionaria de la CEPAL (Sojo, 2000: 145).

Así pues, es posible considerar dos momentos distintos en los tiempos del proceso de reforma en América Latina: un primer momento que corresponde a la última parte de los años setenta y a toda la década de los ochenta, y que coincide con los acuerdos de ajustes estructurales y los condicionantes de los financieros externos (el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional) que impusieron políticas de racionalización del sector público como estrategias para incidir en la reducción del déficit y en la disminución de la carga fiscal, liberando fondos para pagar la deuda externa. En esta etapa, el gran desafío para el sector fue unir el compromiso histórico de universalidad de la atención con la disminución de costos, y promover la participación de otros sectores en las actividades encaminadas al bienestar a través de la descentralización y de la privatización. Las recomendaciones principales fueron: cambiar el papel del Estado y, en paralelo, transformar los Ministerios de Salud en instancias gerenciales y reguladoras, así como promover la descentralización y el aumento de la participación del sector privado (Standing H, 2000: 5).

El segundo momento corresponde a la década de los noventa, y para muchos autores es cuando se “formulan propuestas de reforma, analítica y técnicamente fundamentadas” (Almeida, 1999: 5). Lo que animó la agenda de la reforma fue tanto la excesiva contracción impuesta por los ajustes económicos sobre los propios sistemas públicos de salud, como el aumento de las desigualdades sociales, teniendo como trasfondo el discurso ideológico de la ingobernabilidad de los costos de los sistemas de salud, al lado de la persistencia de inequidades y desperdicios (World Bank Development Report, 1993: 4). Fue entonces cuando el propio Banco Mundial creó un fondo especial para aliviar las consecuencias económicas y sociales adversas de los programas de ajuste y empezó a financiar las

reformas como parte de las condiciones negociadas en las bases de los ajustes económicos (Almeida C, 2002: 906 y 919).

En esta etapa, marcada por la presión de determinados grupos de la sociedad preocupados por el aumento de la pobreza, se fundieron los instrumentos de la primera fase, generando una propuesta de reorganización de los sistemas de salud que fue llamada como pluralismo estructurado y que estaba dirigida al aseguramiento como estrategia de garantía de los servicios de salud. Dicha propuesta enfatizó el fortalecimiento de la demanda, focalizando los servicios en el consumidor que actuaba libremente en búsqueda de las mejores ofertas, en oposición al modelo organizado por la oferta, con una gerencia central, al mismo tiempo que buscaba disminuir los efectos de los ajustes junto a la población más pobre (Standing H, 2000: 5). Además, propiciaba la separación entre salud pública y atención médica individualizada, dejando la primera en manos de los Ministerios de Salud y la segunda en manos de las aseguradoras privadas, de preferencia, respetando la libre elección de los individuos en materia de servicios, pero en relación a su capacidad de pago. Así, los instrumentos estructurantes del nuevo modelo de organización de la atención a la salud fueron:

→ La separación de las funciones de financiamiento, provisión y regulación, de forma que se disminuyó la oferta estatal de servicios, aumentó la participación del sector privado y el papel del Estado en la regulación.

→ La oferta de servicios básicos por el Estado para lograr una mayor cobertura del sistema de salud para los grupos sociales más necesitados que no disponen de condiciones para satisfacer sus necesidades en el mercado. Esos servicios, que conformarían un paquete focalizado, debían ser de bajo costo y alta eficacia.

→ El financiamiento era público, pero la administración de los recursos era privada.

→ La descentralización de funciones para los niveles subnacionales de gobierno.

→ La introducción de mecanismos competitivos, de contención, control y recuperación de costos para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios.

2.2. EL BANCO MUNDIAL Y LA CONSTRUCCIÓN DE LAS BASES CIENTÍFICAS DE LA REFORMA

La reforma en sí estuvo acompañada por una reflexión sobre sí misma y por un importante debate ideológico que tuvo lugar en el transcurso de la década de los noventa, muy limitado al ámbito de los promotores y aliados de la reforma. Asimismo, se dio un esfuerzo para generar nuevas bases científicas de sustentación y de actuación de los sistemas de salud de acuerdo con las nuevas orientaciones de política económica basadas en el mercado.

En concreto, una determinada elite científica colaboró de forma importante en la elaboración de una nueva agenda de reforma y de investigación vinculada a la reforma. Esa elite científica actuó como agente responsable del comportamiento adaptativo de las propuestas generadas en los centros hegemónicos del capitalismo, y como vehículo necesario para la circulación y legitimación de ideas y conceptos que daban sustento a las propuestas de reforma. Los integrantes de dicha elite fueron los responsables de establecer diagnósticos que reconocían y confirmaban la crisis de los sistemas de salud, formulando terapias y escenarios catastróficos para los sistemas de salud, como también formaron parte de los equipos de cambio y actuaron como consultores, diseñando propuestas de reforma.

La colaboración de esa elite científica estuvo, en cierta parte, inducida y alentada por el Banco Mundial como resultado de un debate llevado a cabo dentro del propio Banco después de la experiencia de las reformas macroeconómicas de la década de los ochenta. Se percibió que las reformas eran más exitosas cuando en los países había facciones intelectualmente (o de otra forma) comprometidas con la reforma, así como recursos humanos y conocimiento para viabilizar la puesta en práctica de los acuerdos.

De todas formas, el apoyo del Banco Mundial tomó un carácter más formal a partir de 1994, cuando éste reconoció que, hasta entonces, su política había estado dirigida de forma preferencial al perfeccionamiento de la política macroeconómica. Fue entonces que el Banco consideró que también debían empezarse a apoyar financieramente los ajustes sectoriales. Como parte de ese cambio en la estrategia política, alegó que el éxito de estos programas dependía de tres elementos: “el poder de las facciones del país que se hallan intelectualmente (o de otra forma) comprometidas con la reforma; el contenido y el estilo de las negociaciones que lleven al acuerdo, y la viabilidad intrínseca de las medidas adoptadas” (Jamiso D, *op. cit.*: 35).

En consecuencia, el Banco no sólo propició la formación de una red a favor de la reforma, constituida por reconocidos expertos que actuaron en diferentes países (González-Rossetti y Bossert T, 2000: 30), sino también que los resultados de esas investigaciones pasaran a ser un recurso de poder para los reformadores, actuando como argumento de autoridad, y fueran consideradas por ellos como una de las herramientas esenciales para la reorientación de los sistemas de salud y sus políticas (Nájera M, Cortés Majó, 1989). Además, a los investigadores que formulaban los conocimientos se les dio también la posibilidad de ser los conductores de las reformas o formar parte del equipo técnico del cambio, en lugar de la burocracia existente, considerada como resistente a la reforma (Bossert, 1998; González-Rossetti y Bossert, 2000). Es decir, a la ciencia y al conocimiento no sólo les fue otorgado un valor trascendente en sí mismos, sino que se reconoció su papel positivo a través de su aplicación en el proceso de reforma, despojando a la misma de la política y de su contenido humano.

El Banco Mundial y el BID canalizaron recursos hacia la investigación y el desarrollo de la capacidad de investigación en el sector salud en los países beneficiarios. Su apoyo incluso se dirigió a las investigaciones transferibles de un país a otro bajo una visión pragmática del conocimiento científico, internacionalizando la investigación de alto nivel y, por ende, muy bien remunerada. El apoyo sería para los trabajos que contribuyeran al perfeccionamiento del marco normativo, que coadyuvaran al desarrollo de nuevas intervenciones o a una elección más informada entre las que ya existían, y al fortalecimiento de la capacidad a través del desarrollo institucional (Jamiso D., *op. cit.*: 36).

Otra tendencia de investigación que recibió apoyo fue la del desarrollo de actividades encaminadas a contribuir en mejorar el marco normativo de las reformas sectoriales y a desarrollar las prioridades en salud de acuerdo con “un concepto de eficiencia de la acción pública que únicamente la mide según criterios de racionalidad económica, definida como universal e intemporal” (Márquez Pereira 1994: 228). Bajo esa visión, los apoyos fueron canalizados hacia la investigación en torno a las experiencias de reforma para identificar obstáculos y el desarrollo de la capacidad de investigación. La búsqueda de la eficiencia de los sistemas de salud, medida por un uso más racional de los recursos, requirió también de herramientas de la micro economía y de la gerencia.

Para promover estas investigaciones, una de las estrategias puestas en práctica fue la de crear un Comité *ad hoc* en la Organización Mundial de la Salud para administrar un conjunto de programas de investigación, financiados por diversos donantes. Las investigaciones a desarrollar, definidas como “investigación con misión”, tenían que ser, de preferencia, transferibles. Además, se consideró que sería importante tener un plantel de científicos muy calificados y, por ende, muy bien remunerados, proceso del que sería parte la internacionalización de la investigación. Este fenómeno tomó forma a través de la elaboración de protocolos y de su discusión en inglés, lo que facilitó la interlocución con los centros del poder y abrió espacio a lo que se conoció entre un pequeño grupo de investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública, críticos a esa práctica científica, como “investigación maquila”. Esto es, la transferencia de protocolo elaborado externamente, de preferencia en Harvard, para ser aplicado por los investigadores nacionales, en general de forma no crítica.

De acuerdo con el documento del Banco Mundial, “Prioridades en la lucha contra las enfermedades en los países en desarrollo” (1994), y con la visión de investigadores de la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) que se adhirieron a esta iniciativa en México (González Block, *et al.*, 1997), las bases para la construcción de la agenda de investigación fueron, por un lado, las propias experiencias de reforma y la necesidad de promover investigaciones comparativas, y, por otro lado, el concepto de transición epidemiológica entrecruzado con los aportes de la economía de la salud. En ese marco, las investigaciones comparativas fueron percibidas como el único recurso “para controlar los efectos confusores de variables en los procesos y los resultados clave de las políticas” (González Block, *et al.*, 1997: 286). Es decir que, las investigaciones tenían un fin pragmático muy claro, “una intencionalidad interna en su concepción de *debe ser*” (Ruiz Contardo, 2004: 59); exportar innovaciones de dinámica de reforma, prever los problemas de la reforma, fortalecer la capacidad nacional de investigación bajo un enfoque específico y, a la vez, apoyar las prioridades locales en la materia.

La investigación epidemiológica y la economía de la salud fueron consideradas como un marco científico idóneo para, por una parte, dar a conocer el cuadro epidemiológico y así generar información en torno a las futuras demandas y necesidades de

servicios de salud, y, por otra parte, generar la información necesaria para la asignación racional y eficiente de los recursos financieros para la atención, actuando como intermediaria en la competencia financiera entre las necesidades para atender las enfermedades crónicas y las infecciosas, conforme lo indicado por la transición epidemiológica (World Health Organization, 2000: 73-77).

Las investigaciones epidemiológicas a ser llevadas a cabo tenían como punto de partida los modelos de la transición propuestos por Omran a principios de los años setenta, los cuales indicaban una situación de *transición en la situación sanitaria en los países desarrollados*. De acuerdo con muchos de los planteamientos del Banco Mundial que retoman la idea de transición epidemiológica, la disminución de las muertes por enfermedades infecto-contagiosas, el aumento de la esperanza de vida al nacer, por un lado, y el aumento de las crónicas degenerativas, por otro, son factores que actúan sobre la evolución de las prioridades en la lucha contra las enfermedades en los países en desarrollo y sobre los instrumentos de la política, al mismo tiempo que producen una situación de presión sobre los sistemas de salud, y que, en última instancia, son inductores de la propia reforma.

El argumento presentado se basaba en la identificación de cuatro grupos de transición que estaban operando sobre los sistemas de salud, presionando la demanda: el demográfico, en el que estaba implicado un envejecimiento de la población y un aumento de la morbilidad; el epidemiológico, que incidía en las causas de la mortalidad y la morbilidad, induciendo un cuadro predominante de las enfermedades crónico-degenerativas con más costos sociales dado el incremento en las intervenciones de carácter individual; el de los cambios en la configuración de los riesgos de determinadas enfermedades, dadas las tendencias sociales y económicas irreversibles; y el de la polarización epidemiológica dado que “el progreso social y económico generalmente no tiene lugar de manera uniforme en todas las regiones de un país” y siempre va a generar problemas de salud (Jamison Dean, *et al.*, *op. cit.*: 9-10).

Con base en esa visión, se hicieron diagnósticos que indicaban situaciones catastróficas para los sistemas de salud en la región. Dichos diagnósticos anunciaban una ingobernabilidad en los costos y en la demanda, en el caso de que no hubiera reforma en la

ingeniería del sistema: de uno basado en una oferta universal de los servicios a uno organizado en la demanda de acuerdo con la capacidad de pago de los consumidores.

Uno de los puntos de partida que estos diagnósticos tuvieron fue el reconocimiento de la disminución de las tendencias de la mortalidad y de la morbilidad, del aumento de las enfermedades crónico degenerativas y de los costos de la atención médica. En ese contexto, analizaban la capacidad de los sistemas de salud de actuar adecuadamente frente a las nuevas exigencias. La perspectiva de un aumento cuantitativo de la demanda inevitable para las enfermedades crónico degenerativas se sumó al enfoque de riesgo individual vinculado al estilo de vida como categoría que permite, por una parte, jerarquizar los determinantes sociales e introducir un orden en los niveles de determinación y de actuación del sector salud; por otra, justifica la orientación de políticas sanitarias en función del costo mediante la combinación de análisis técnicos (epidemiológicos que indican la frecuencia y la distribución) con consideraciones económicas. “Qué intervenciones de los sistemas asistenciales han de ponerse en práctica o desalentar en sociedades inevitablemente enfermas, serán definidas en función de los costos, en el entendimiento de generar un equilibrio entre la infraestructura humana y física y los recursos financieros” (Jamiso D., *et al.*, 1994: 1).

En estos análisis surgió la tendencia de considerar las interferencias políticas como perturbadoras del orden racional, y, para neutralizar el papel de los grupos de poder en el proceso de formulación de políticas de salud, creció la importancia de las investigaciones en sistemas y servicios de salud como generadoras de conocimiento capaz de equilibrar la oferta y la demanda de los servicios e instrumentalizar políticas de acceso, así como nuevas ideas sobre las responsabilidades individuales en relación con la salud.

Nuevos indicadores también se formularon para evaluar el desempeño de los sistemas y para orientar las intervenciones, dependiendo tanto de la información económica como de la epidemiológica, entre ellos los AVAD (ganancia en años de vida ajustados en función de la discapacidad). De acuerdo con Murray (1995: 221), los AVAD se constituyeron en una nueva medida de la carga de enfermedad que sirvió para medir el tiempo perdido por mortalidad prematura, según la causa, y cuantificar el tiempo vivido con discapacidad, según la causa. Murray enfatiza que: “Los resultados de ese método se

utilizaron por primera vez en el *World development report 1993: Investing in health*” (*Informe sobre el desarrollo Mundial 1993: invertir en salud*), del Banco Mundial.

Los investigadores vinculados al Banco Mundial también hicieron una lectura muy propia de la relación entre desarrollo económico y social y la situación de salud en países de bajos ingresos. Reconocieron que “las tendencias sociales y económicas mundiales están transformando los factores de riesgo de distintas enfermedades”. Asimismo, argumentaron que la tendencia de desplazamiento de la población rural a zonas urbanas “acarrea una cantidad de nuevos problemas sanitarios”, pero, “al mismo tiempo, el crecimiento económico proporciona a las poblaciones los recursos y los conocimientos necesarios para acceder a la alimentación y a los servicios de saneamiento, lo que permite reducir las tasas de letalidad y la incidencia de las enfermedades transmisibles”. Es decir que, vinculan el desarrollo económico con la mejoría de las condiciones de salud.

Sin embargo, alegaron, a partir de investigaciones del propio Banco Mundial, que en muchos países asiáticos la modernización estaba trayendo consigo lesiones por vehículos motorizados, accidentes de trabajo y otros, aumentando las tasas de letalidad, lo que contradecía la propia expectativa de asociación de desarrollo y mejoría en las condiciones de vida y salud. A su vez, reconocieron que el aumento de los ingresos podía llevar a mejorías en los estilos de vida cuando se trataba de enfermedades de la transición pre-epidemiológica. No obstante, reconocieron que esa cuestión estaba fuera del campo sanitario, por lo que quedaba como orientación de la educación (Jamilson Dean, *op. cit.*: 21).

Frente a esa situación, la conclusión a la que llegó el Banco Mundial fue que el desarrollo inexorablemente implicaba riesgos, y que los sistemas sanitarios podían contribuir a modificar algunas situaciones económicas y ambientales perjudiciales para la salud, particularmente aquellas que tenían que ver con el estilo de vida y que no representaban grandes costos para los sistemas de salud toda vez que recaían sobre las personas. También reconocieron que la normatización era uno de los instrumentos fuertes para hacer frente al deterioro ambiental provocado por la industrialización. Por ejemplo, frente a la mortalidad, diferenciada según la clase social, cuestión presente tanto en países desarrollados como no desarrollados, se pueden observar comportamientos riesgosos de los

pobres: fuman, beben, no hacen ejercicio, son obesos, viven en condiciones deficientes de vida y trabajo (Jamilson Dean, *op. cit.*: 10). Otro ejemplo citado se refiere a las altas tasas de mortalidad de las mujeres en Asia debido a su situación de marginación.

Teniendo en consideración todos estos fenómenos, la posición del Banco Mundial y de los investigadores agrupados a su alrededor fue la de dar prioridad a la generación de conocimiento para subsidiar las políticas sanitarias en tres áreas de las intervenciones, a saber:

- La primera, *elección de intervenciones*, para lo que se tenían que buscar soluciones eficaces a los problemas de salud identificados en función del costo y de los beneficios de las distintas intervenciones, mediante análisis epidemiológicos y clínicos, y, entre esas soluciones, elegir las factibles en términos de aceptabilidad (Jamilson Dean, *op. cit.*: 1). Todo ello requiere la comparación de intervenciones para determinar su valor de acuerdo con la opinión de los especialistas y con base en la ganancia en años de vida ajustados en función de la discapacidad (o AVAD), de información epidemiológica para evaluar cuánto se necesita adquirir de cada intervención en vista de los costos crecientes por los AVAD ganados, y, por supuesto, considerar la opinión de los economistas.

- La segunda tarea, según la publicación del Banco Mundial compilada por Jamilson Dean y otros (*op. cit.*: 1), era la de contribuir en el *diseño de los sistemas asistenciales*. Éstos debían de ser acertados desde el punto de vista económico y estar supeditados a las intervenciones que se habían de poner en práctica (o alentar) y a aquellas que debían desalentarse debido a los altos costos. Aquí entraban las investigaciones comparadas en torno a la propuesta de reforma, así como también las propuestas de ajuste de los sistemas de salud a la nueva situación epidemiológica.

- La tercera tarea era la de contribuir en un suministro de información que mejorara el *marco normativo* de actuación de los sistemas de salud entendidos como una instancia de gestión y control de los comportamientos de riesgo. Se consideraron importantes las investigaciones que ayudaban a mejorar el comportamiento de la población en relación con la salud, llevando al público conocimientos que alentaban conductas sanas en materia de salud (Jamilson, *op. cit.*: 2).

En paralelo, se formuló así un nuevo concepto de universalismo basado en las intervenciones con mejor relación costo-beneficio que sustituyó la noción de necesidad por la de riesgo, y de derecho social por el principio de igualdad de oportunidades frente a las arbitrarias contingencias de la vida y según la posición social y económica del individuo (Vargas I. y Vásquez M., 2002).

Otro concepto que subsidió la definición de la agenda de investigación en el ámbito de las intervenciones y la elaboración de indicadores fue el de *estilos de vida*, vinculado con conductas de vida no saludables, como recurso para promover políticas que incidieran en la conducta personal a través de los instrumentos normativos públicos y orientadores de intervenciones en función de su eficacia y costo independientemente de las condiciones estructurales que operan sobre las conductas personales. Los supuestos que podían actuar sobre los individuos que no tenían hábitos saludables, o sobre la venta del producto, se constituyeron en uno de los instrumentos normativos previstos. Otra modalidad de presión sobre el individuo que se tomó en cuenta fue la de sugerir la “prohibición de lograr ascensos en el empleo” para fumadores (Jamison Dean, *op. cit.*: 38).

Como resultado de este esfuerzo de investigación, surgieron nuevos indicadores apoyados por el Banco Mundial, como los AVAD (Años de Vida Ajustados en función de Discapacidad), los QALYs (Quality Adjusted Life Years)¹³ o los DALYS (Disability Adjusted Life Years),¹⁴ que permitieron evaluar la carga de la enfermedad evitada para diferentes grupos sociales y el costo-efectividad de las intervenciones para orientar la definición de las acciones en salud pública y los paquetes esenciales. También emergieron nuevos campos temáticos, como la investigación en sistemas de salud y economía de la salud, como parte de ese proceso, y nuevos interlocutores en el ámbito académico, con gran capacidad para producir conocimiento, que aportaron poder y herramientas a los tomadores de decisiones (Melo B C y Costa R., 1995; Radaelli, 1995; Abrantes y Almeida: 2002). Y, por supuesto, un nuevo enfoque sobre lo social y sus vinculaciones con la determinación de la enfermedad, dándole un mayor peso a la acción de los individuos que a las intervenciones en el ámbito estructural.

¹³ Calidad ajustada por años de vida.

¹⁴ Discapacidad ajustada por años de vida.

En síntesis, de un pensamiento crítico que orientó el debate de los años setenta y ochenta, y que marcó algunas propuestas como la de Atención Primaria que ubicaba la salud en el desarrollo y en la lucha social que forjaba decisiones de políticas de salud, pasamos a uno centrado en la primacía del desarrollo independiente de sus consecuencias para la sociedad. Los promotores de esa visión consideraron que los efectos de las políticas económicas para garantizar el crecimiento sobre la sociedad eran inevitables, y lo que se tenía que hacer era enfrentarlos con tecnología social, de ahí la importancia de la investigación para generar acciones localizadas, racionales, con una relación costo-efectividad garantizada para no amenazar el crecimiento económico.

En cuanto al debate de los años setenta y ochenta, éste entendía la política de salud como un conflicto y planteaba un enfrentamiento con el orden existente, reconociendo que muchos de los problemas de salud que existían en nuestras sociedades requerían de cambios estructurales; mientras que el debate que dominó los años noventa planteó una reforma del sector salud para ajustarlo a la propia dinámica de crecimiento económico, fundamentada en el pragmatismo científico.

En ese marco, los problemas causados por el desarrollo fueron desplazados para el ámbito legal-normativo y se buscó mejorar la capacidad reguladora del Estado para dar respuesta a los posibles conflictos generados por la nueva dinámica de crecimiento. El individuo aislado pasó a ser el sujeto de las intervenciones, y la eficiencia en sí misma desplazó las ideas redistributivas y universalistas que orientaban el debate de los años setenta. Los efectos del crecimiento –considerados en términos positivos o negativos– para la salud, no eran en sí problematizados.

2.3. AGENDA DE LA REFORMA EN MÉXICO: EL PAPEL DE LOS NEOSALUBRISTAS EN LA IDENTIFICACIÓN DE LA CRISIS SECTORIAL Y EN LA CONSTRUCCIÓN DE SU LEGITIMIDAD IDEOLÓGICA

La reforma sectorial en México también se asoció con la crisis del Estado, y como se basaba en las orientaciones de las agendas de los organismos internacionales, fue presentada como fruto del consenso social, sustentado en conocimientos técnico-científicos, y cuya realización era inevitable. Desde un principio, la conformación de la agenda estuvo

vinculada a la disminución de los recursos financieros para el sector salud, y basada en la máxima económica de la insuficiencia de recursos para el área social, de la expansión de la demanda y de los costos de la atención médica, debido a la transición epidemiológica y al predominio inevitable de las enfermedades crónico-degenerativas vinculadas con los comportamientos individuales de riesgo que requerían más de cambios personales que de una acción coercitiva del Estado.

Fue en la década de los noventa cuando esa agenda se presentó de forma más explícita y fue adoptada como programa de Gobierno. La agenda definía la reforma como una transformación en la ingeniería social de los sistemas de salud en dirección a un sistema mixto, de tal forma que el sector privado, como parte del sector salud, pudiera ser financiado con recursos públicos o de la seguridad social para ofertar atención médica; además, la oferta de servicios se basaba en la competitividad y en la libertad de elección, proceso en el que la dimensión social de las políticas de salud debía de ser independiente de la económica, para que el crecimiento y expansión de esta última, entendida como dimensión generadora de recursos (la dimensión económica), no estuviera subordinada a la primera como parte de un proyecto social del Estado bajo el dominio de la política. Con ello se esperaba una reducción significativa del Estado y de su significación sobre la sociedad, así como lograr la supremacía del mercado (entendiéndolo como ámbito de lo privado, del individuo o hasta como sociedad civil) para mejorar la eficiencia en el uso de los recursos, la calidad en la atención, la eficacia en el tratamiento de la enfermedad y la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Para lograr la transformación de un sistema a otro se propuso, en la década de los noventa: a) cambiar el papel del Estado para que dejara de ser una entidad que regulaba los conflictos redistributivos y se convirtiera en un regulador y fiscalizador del mercado, y garante de la equidad de oportunidad; b) enfocar la atención pública según criterios de costo-beneficio y costo-efectividad, lo que se concretó a través de la introducción de un paquete básico en lugar de una oferta universal de servicios; c) redefinir las responsabilidades del Estado y de los individuos en la pobreza; d) introducir mecanismos de mercado en la gestión pública (contrato por gestión); e) separar las funciones de regulación de las de financiamiento y de prestación de servicios; f) transferir para el sector

privado la prestación de la atención médica; g) incentivar el crecimiento del sector privado; h) descentralizar la prestación de los servicios de salud; i) modificar las responsabilidades de cada uno de los sectores –tanto el público como los sectores privado lucrativo y no lucrativo– y la forma en que las acciones de cada uno de ellos se complementarían.

Se entiende que la puesta en práctica de estas medidas está en proceso y su realización supone la redefinición de las relaciones entre conjuntos de actores institucionales entre sí y con el Estado, según el grado de organización de los grupos sociales y de las circunstancias políticas y económicas-sociales predominantes en el sector salud. En ese proceso de redefinición de las relaciones de poder entre fuerzas asimétricas, que implica la acción de unos actores sobre otros y de interacciones y negociaciones para conformar coaliciones que respalden las decisiones, se requiere, para su éxito, la neutralización de las orientaciones de políticas de salud vigentes. Uno de los elementos que denotan la existencia de un acuerdo entre los miembros de una coalición y dotan de posiciones de poder a los diferentes actores políticos, es la existencia de una base de consenso en cuanto a las metas políticas a partir de las cuales las decisiones serán instrumentalizadas para su puesta en práctica; no sólo porque la base de consenso actúa como amalgama en las relaciones de poder sectorial entre fuerzas asimétricas, sino también porque justifica y da sentido a las acciones al fortalecer los principios, valores, normas, objetivos y medios para alcanzarlo (Sani, Giocomo, 1981: 365-369).

Esto es, la existencia de una convergencia en torno a los conceptos que dan racionalidad a la toma de decisión y que indican que los actores comparten ciertos valores y visiones de mundo a partir de los cuales se restablecen las bases de colaboración entre los distintos grupos de intereses sobre la base de los intereses generales, y se definen los conocimientos científicos y técnicos absolutamente necesarios para diseñar políticas concretas, las que necesitan de conocimientos específicos que sólo los que son competentes en los campos particulares del saber útil son capaces de ofrecer (Bobbio, 1998: 63).

Independientemente del modelo sanitario de explicación de la enfermedad que se adopte, lo importante aquí es saber qué papel desempeñan los salubristas y los neosalubristas como grupo técnico-político en la lucha por el control del poder político en

el sector, analizando cómo se articulan con las fuerzas políticas en conflicto para influir en la reforma y cómo definen sus estrategias de alianzas.

De ahí el interés en investigar el proceso de reforma en México a partir de los proyectos técnico-asistenciales en torno a los cuales confluyen los salubristas en disputa por el control de los rumbos del sistema de salud, y, en particular, sus vínculos entre lo que se puede llamar la “lógica de la demanda social” o “reformistas sociales” que identifica en el Estado un *locus* para el ejercicio de un proyecto social, y la “lógica del ajuste” o “capitalizadora” que transfiere para el mercado las posibilidades de crecimiento y de creación de riqueza. Y a partir de ahí, las conexiones no sólo teóricas entre desigualdad social, pobreza, salud y distribución de los recursos del modelo médico hegemónico, sino también en relación tanto con las propuestas curativas como con las preventivas y de promoción de la salud, así como las conexiones socio-políticas, de tal forma que lo propuesto pueda transformarse en práctica concreta, sustentada en grupos de intereses y de poder.

Reconocemos que entre ambas lógicas hay una tensión especial que opera sobre los resultados de la política de acceso y que expresa dos visiones distintas en relación con la interdependencia entre desarrollo y salud, justicia y desigualdad social: aquella que se origina, por un lado, de la percepción de la crisis y la promesa de crecimiento como factor de estabilidad y de recuperación económica para todos, justificando la reforma del sector salud como parte de la lógica de crecimiento de mercados identificados como ámbitos de generación de riqueza y desarrollo tecnológico a ser incorporados a los sistemas de salud. Y otra que considera que son los resultados concretos de las políticas económicas lo que han llevado tanto a una reducción significativa de la cantidad y calidad de servicios sociales, como también a un empobrecimiento mayor de los pobres, a la generación de situaciones de riesgos para la salud en un contexto de democratización y de mayor presión social frente a necesidades sociales insatisfechas.

Frente a esto, es importante preguntarse por el lugar que el desarrollo económico ocupa en el debate orientador de la reforma en relación con el proceso salud-enfermedad-atención como ámbito que actúa en las condiciones de salud, y de la enfermedad como causa o factor de riesgo y el rol que el Estado debe desempeñar en las políticas de salud

frente a situaciones de pobreza y desigualdad social, así como el lugar de los individuos y de los conjuntos sociales en relación con la enfermedad y las condiciones para generar salud. Asimismo, habría que preguntarse por el rol de la elite científica del sector salud para generar un consenso normativo en relación a la importancia de la salud para la estabilidad y el desarrollo económico, así como la importancia de estos últimos para la salud.

CAPÍTULO 4

LAS IDAS Y VENIDAS DE LA “REFORMA ESTRUCTURAL” Y DE LA POLÍTICA DE ACCESO Y DE EXTENSIÓN DE COBERTURA DEL SISTEMA OFICIAL DE SALUD (1982-1994)

Este capítulo tiene como objetivo recuperar las principales tendencias de la política de salud para el período 1982-1994 y sus efectos sobre las condiciones para acceder a los servicios y bienes del sector salud. En él se busca presentar, para cada período de gobierno, las propuestas de cambios institucionales para mejorar el acceso y la cobertura a los servicios de salud, y las acciones concretas anunciadas y llevadas a cabo, analizándolas en términos de rupturas y/o continuidades en relación con la visión basada en la universalidad de la oferta por medio de instituciones públicas. La estructuración del capítulo se hizo a partir de documentos oficiales, con base en resultados de investigaciones publicadas y con información de entrevistas cuando se hace referencia a la descentralización.

La reforma del sector salud en México se caracteriza por ser un proceso constituido por una serie de eventos encadenados, mas no necesariamente lineal ni unidireccional, pero en el que es posible identificar orientaciones e intereses que trascienden y cobran fuerza en todo el proceso, que van definiendo el contenido y las consecuencias de las políticas de extensión de cobertura en dirección a un acceso universal a los servicios y recursos del sector salud con base en un paquete básico. Coincidentemente, la reforma inició en 1982 en un contexto de crisis económica y se afirmó y delineó con la crisis de 1994, cuando se buscó dar más juego al sector privado y garantizar, por medio del financiamiento público, el acceso tanto a los servicios oficiales como privados, así como a universalizar la atención con un paquete básico de servicios de salud en un sistema de salud descentralizado.

El proceso de reforma se inició con De la Madrid y se articuló a la renegociación del pago de la deuda externa por parte del gobierno, y como parte de la aceptación de las condiciones impuestas por las políticas de ajuste que implicaron un nuevo papel del Estado en el sector social, y, en particular, en el de salud. En consecuencia, el anuncio del Programa Inmediato de Reordenamiento Económico (PIRE), en diciembre de 1982, fue

interpretado por muchos analistas como el inicio del severo programa del Fondo Monetario Internacional (FMI), conocido como “plan de choque ortodoxo”, que repercutió de forma importante en el sector social y que tuvo sus desdoblamientos en salud.

Es en ese contexto de restricción económica cuando el Dr. Soberón pone en marcha la propuesta de “Reforma Estructural”, dando inicio a un proceso de reforma en el sector salud, articulado a un proyecto mayor de reestructuración del Estado y del modelo de desarrollo, el cual todavía está en curso.

Vale la pena recordar el impacto de la crisis en el sector salud: el gasto público federal en salud en relación con el PIB, que mostró un ascenso de 1969 a 1976 (de 4.0 a 6.1), sufrió un descenso entre 1977 y 1982 (de 5.8 a 3% del PIB), lo que se mantuvo como promedio para el período 1983-1987, según autoridades del propio sector (Aspe y Berinstain, *op. cit.*: 278). La disminución del gasto público ocurrió en una situación de agravamiento del nivel de consumo ya precario y de aumento de la pobreza. El cuadro que se muestra a continuación deja ver de manera clara la reducción en la inversión, en los subsidios y en los servicios públicos:

TABLA 1: EVOLUCIÓN DEL GASTO GUBERNAMENTAL COMO PORCENTAJE DEL PNB

Rubro de gasto:	Total		Inversión	
	1981	1988	1981	1988
Gasto público total	38.8	19.8	11.2	4.2
Desarrollo regional	1.9	0.4	1.4	1.2
Sector social	7.3	3.2	3.3	1.3

Fuente: Consejo Consultivo de Pronasol (1989).

Además, para el período de 1982-1986 las cuotas de aportación al Instituto Mexicano del Seguro Social y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado se redujeron 16.6% en términos reales, debido, en buena medida, a la disminución del salario real y de la masa salarial real (Heróles, 1988). No obstante, la reducción de las aportaciones no estuvo acompañada de una reducción de la población

atendida. Los otros programas sociales sufrieron recortes y discontinuidades; los presupuestos para los centros de salud rurales cayeron, el número de pasantes de medicina en servicios sociales descendió y se observó un deterioro general en la red de servicios de salud en todo el sexenio, como veremos a continuación.

1. INICIO DE LA REFORMA (1982-1988): ETAPA DE RACIONALIZAR LOS RECURSOS Y DE CAMBIO EN LA INTERPRETACIÓN DEL CONCEPTO Y EN LA PRÁCTICA DE LA SALUD PÚBLICA

1.1. LA SALUD EN LA REESTRUCTURACIÓN DE LA ECONOMÍA: RACIONALIZACIÓN DE LOS RECURSOS Y REPLANTEAMIENTO DE LAS RESPONSABILIDADES PARA CON LA SALUD

La gestión del doctor Soberón como Secretario de Salud para el período de 1982-1988 marca el inicio del proceso de reforma del sector salud en México y de la formación de un grupo de poder vinculado a los intereses del sector privado que luchaba por llevar a cabo una reorganización en el sector que permitiera la expansión de los intereses del sector privado en la prestación de los servicios de salud. En ese entonces, se hablaba mucho de las ambiciones políticas del Dr. Soberón, quien para algunos tenía la presidencia de la República entre sus metas, mientras que, para otros, la conquista del poder en el sector salud tanto en el ámbito nacional como internacional era parte de su proyecto (Madrid, 2004: 740).

El Dr. Soberón, antes que nada, venía de la investigación básica bioquímica, campo en el que se dedicaba a obtener nuevos conocimientos sobre los factores biológicos que inciden en la salud y la enfermedad. En buena parte, Soberón se constituyó como investigador de laboratorio que aportaba bases para los avances terapéuticos medicamentosos, y, más recientemente, para las terapias genéticas con implantes de células y las aplicadas a la biología de la reproducción humana. El doctor Soberón, investigador de tiempo completo en la UNAM, director del Instituto de Estudios Médicos y Biológicos en 1965, llegó a ser Rector en 1973, cuando pasó a ser conocido como “mano de hierro” por los sindicatos y los estudiantes universitarios. Entre otros asuntos, promovió la aproximación entre la Universidad y la empresa a través de la Oficina de Investigación-Industria (Soberón G. y Valdés-Olmedo C., 1991: 7-8; Funsalud, 1993).

Su equipo ejecutivo se formó con muchos de los profesionales que estuvieron con él desde sus tiempos como rector de la UNAM, entre ellos el jurista y ya prometedor político priísta, José Francisco Ruiz Massieu, y médicos especialistas de la UNAM que participarían en la elaboración del proyecto de Reforma Estructural, con experiencia práctica clínica y en investigación biomédica. Se sumó a ese equipo un grupo de jóvenes investigadores, algunos de ellos enviados por el Dr. Domínguez a ser formados en el exterior, más sensibles a las nuevas tendencias internacionales e identificados con el discurso progresista-democratizante de la época en contra del uso político de la salud como instrumento de intercambio político de los grupos sociales entre sí y con el Estado, para mantener la máquina política del régimen. El primer grupo se dedicó a sacar adelante el proyecto de reforma y a hacer frente a la elite tradicional del sector. El grupo de los jóvenes investigadores, bajo un enfoque programático de la investigación científica, respondió primero por la producción de información y conocimiento al servicio de la reforma, y después se dedicó a formar a los nuevos gerentes del sistema reformado, dejando abierta la posibilidad de ocupar un cargo público, como se verá en el capítulo siguiente.

La propuesta de reforma estructural encabezada por el doctor Soberón fue, en cierta medida, resultado de su gestión frente a la Comisión de Coordinación creada en 1981, la que, entre sus incumbencias, tenía la de presentar al presidente electo las opciones viables de integración de las instituciones del sector salud bajo una visión racionalizadora-universalizante. También incorporaba elementos del debate internacional, como veremos a continuación.

De cualquier modo, si bien la propuesta incorporaba la agenda en discusión en el sector y el Dr. Soberón contaba con el apoyo del Presidente electo –lo que es muy importante en México–, la experiencia en esa Comisión le permitió a Soberón intuir que la puesta en práctica de una propuesta que iba en contra de los intereses que consideraban “la seguridad social como patrimonio y privilegio de ciertos grupos específicos de la sociedad” (Kumate y Soberón, 1989: 214), podría afectar la confianza y legitimidad frente a los grupos de poder incorporados en el aparato público. Él tenía la consciencia de que “los límites del Estado en la solución de la crisis financiera eran los límites de su legitimidad” (SSA: 1998: 34), y, en cierta medida, estos parámetros estuvieron presentes en todo el

proceso de reforma del sector salud. Es decir que la reforma transitó “entre los límites impuestos por el proyecto neoliberal (disminución del gasto social, apertura de nuevos espacios para la acumulación de capital, privatización selectiva de lo público rentable, desregulación y los procesos de legitimación y búsqueda de consenso (derecho ciudadano a la protección de la salud, atención a grupos más desprotegidos, universalización de la cobertura de los servicios, aumento de la calidad de la atención, etc.) (López-Arellano y Blanco Gil, 2001: 44).

En otras palabras, los cambios fueron puestos en práctica en un ambiente de tensión social debido a las medidas económicas restrictivas, y provocaron tensiones ya previstas y descontentos no necesariamente previstos entre actores internos y externos a los centros de poder en todo el sexenio, dando inicio a un proceso de reacomodo y de disputa por espacios de poder entre grupos en el interior de las instituciones sectoriales.

De todas formas, Soberón entendía que ya era “tiempo de superar posiciones que consideran la seguridad social como patrimonio y privilegio de ciertos grupos específicos de la sociedad” para promover una integración controlada, libre de la presión de los excluidos reclamando por sus derechos. Caso contrario, “la integración ya no será un proceso planeado, sino impuesto por la coyuntura” (Kumate y Soberón, 1989: 214). Soberón expresaba así en el nivel del discurso el consenso existente en el sector,¹⁵ el cual se rompía cuando se pasaba a los hechos.

El consenso se fracturaba porque, en cierta medida, y como bien lo expresó Ruiz Massieu (subsecretario de Planeación de la SSA), la reforma trataba, con la mira en el contexto político-económico, de buscar “elevar el nivel de salud de la ciudadanía y, al mismo tiempo, evitar el quebranto de las finanzas públicas” (SS, 1988: 34). Es decir que, sus parámetros para la puesta en práctica fueron ajustar la salud pública al contexto de presión sobre los recursos y de expansión de los intereses privados, y responder a las presiones por mejores servicios de salud, manteniendo así la legitimidad, sin desacatar el

¹⁵ De acuerdo con Almada (1982: 14) y López Acuña (1980), desde los años 70, investigadores universitarios y autoridades sanitarias han venido mencionando con insistencia la necesidad y conveniencia de un servicio o sistema nacional de salud para acabar con la situación caótica y dispendiosa del sector y racionalizar las políticas del Estado.

mandato del presidente electo de “hacer más con menos, asignar mejor los recursos, racionalizar su uso vigilando que el ejercicio del presupuesto corresponda a lo programado” (De la Madrid, 1983: 36).

En consecuencia, el Proyecto “Cambio Estructural” fue el inicio de un nuevo equilibrio en el sector salud que, paradójicamente, buscaba contrarrestar la crisis económica, sin poner en riesgo la legitimidad del régimen mejorando la cobertura de los servicios. El contrapeso debía ser garantizado tanto con medidas administrativas como con el modelo de atención a través de:

a) La integración orgánica y funcional de todas las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, conformando un Sistema Nacional de Salud bajo el mando de la Secretaría de Salud.

b) La transferencia de los servicios de atención de la Secretaría para los Estados, con la descentralización.

c) Replantear el modelo de atención poniendo el eje en la atención primaria y en la participación de otros agentes sociales en la ejecución de los servicios de salud y en el autocuidado.

Como parte de ese paquete se contemplaba la modernización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia para asumir su rol gestor del SNS, o sea, su papel político y operativo de forma que pudiera constituirse en el *locus* institucional de decisión de la política de salud y de articulación con otros sectores que influían en el bienestar de la población. Se esperaba también garantizar a la Secretaría el poder de promover una dirección centralizada en los ámbitos de la normatización, la planeación, la asignación de presupuestos, la fiscalización y la evaluación de todo el sistema, incluyendo, por su puesto, a las instituciones de seguridad social, asegurando así un uso óptimo de los recursos existentes.

Sucedo, además, que a tal propuesta de “Cambio Estructural” correspondían reformas constitucionales, cambios en la Ley General de Salud, entendida como la norma ordinaria que reglamenta el Artículo 4º Constitucional, y una nueva base jurídica para una nueva reordenación social en la que el Estado ya no se perfilaba como asegurador único del derecho, involucrando al propio individuo como responsable de su estado de salud, al

sector privado y social y a los Estados en la prestación de servicios y en el financiamiento del sistema, como veremos después.

1.2. MARCO JURÍDICO DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD: REGULACIÓN DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN UN MARCO DE PLURALIDAD DE ACTORES Y DE CAMBIO DEL PAPEL DEL ESTADO.

Los cambios en la Constitución para el nuevo marco jurídico del sector salud se resolvieron sin muchos problemas puesto que el partido del gobierno mantenía el control del legislativo con 299 diputados (74.75%) contra 51 del PAN (12.75) y 100% de los senadores. Así, como parte de los primeros actos del gobierno de De la Madrid (1982-1988) se envió al Congreso de la Unión, el 20 de diciembre de 1982, la exposición de motivos para reformar el Artículo 4 de la Constitución. Con esta reforma se trataría de formular una nueva resolución del problema de acceso a los servicios de salud que tanto afligía al sector, buscando compatibilizar la esfera pública con la social y la privada.

El nuevo texto constitucional curiosamente acogió la base jurídica de la Constitución Política de Chile de 1980, asegurando el “derecho a la *protección* de la salud”¹⁶ a todos los mexicanos a las acciones de promoción, protección y recuperación, así como aquellas destinadas a la rehabilitación, y se añadió también que los mecanismos obligatorios para el cumplimiento de ese derecho debían de ser establecidos por la Ley de Salud, donde quedarían definidas las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y se establecería la concurrencia de la Federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general. Es decir que, el contenido y la naturaleza de ese derecho quedarían determinados por la Ley General de Salud.

De todas formas, de acuerdo con el nuevo texto Constitucional, es un deber preferente del Estado mexicano garantizar la ejecución de las acciones de salud, ya sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas y en la forma y condiciones que determine la ley, la cual podrá establecer incluso cotizaciones obligatorias como requisito para el acceso. De ahí la observación de propio doctor Soberón: “con muy buen sentido [la Ley] no previene que ese acceso a los servicios de salud sea necesariamente gratuito. La

¹⁶ Las cursivas son mías.

Ley secundaria podrá determinar criterios de solidaridad social y de equidad para que el costo de los servicios sanitarios sea remunerado por el usuario conforme a su condición socioeconómica” (Soberón, Kumate y Laguna, 1988: 53). Soberón reconoce que la Ley planteó la posibilidad de diversificar las fuentes de financiamiento de los servicios de salud, e incluso, el pago directo de los usuarios por los servicios de salud pública (Soberón, Kumate y Laguna, 1988: 53).

El argumento para justificar el nuevo texto Constitucional y estar dentro de la legitimidad sin desequilibrar las finanzas fue razonado por el jurista Ruiz Massieu, responsable de establecer el puente entre el proyecto político y las medidas técnicas (Mercer, 1984: 29). Él argumentó que el gobierno trató de recoger “una expresión más realista que la que estaba en boga en los foros científicos como en los políticos (‘derechos a la salud’)” (Ruiz Massieu, 1985). Realista porque, en palabras de Moctezuma Barragán (2002: 24-259), la Ley veló por el poder gubernamental al confiar a los poderes públicos la responsabilidad de adoptar las medidas necesarias para que se avanzara en el proceso de cumplimiento de ese derecho, y generó una esperanza para el pueblo de que algún día se cumpliría en el entendimiento de que se trata de un derecho progresivo.

Además, Ruiz Massieu observó que esa adición a la Constitución no necesariamente generaba derechos, y como tal no eran accionables. Es decir, que no se pueden hacer valer en juicio; la sociedad civil o los individuos no pueden recurrir al órgano jurisdiccional para que, por medio de la fuerza, se obligue al Estado a hacer efectiva la norma programática (Ruiz Massieu, 1983: 70-71, *apud* Page Pliego J. T., 2002: 33). Por consiguiente, se trató de una adición programática que operaba como estímulo y guía de la acción pública, y cuyo cumplimiento dependía de las responsabilidades de los poderes públicos de adoptar las medidas necesarias (Moctezuma Barragán, 2002: 24).

También en diciembre de 1982 fue reformulada la Ley Orgánica de la Administración Federal, en sus Artículos 37 y 39 y en el Artículo 3° de la Ley General de Salud, que sustituyó al Código Sanitario (julio de 1984) para establecer el Sistema Nacional de Salud y una nueva normatividad para el sector, facultando a la Secretaría de Salud para ser cabeza de sector y garantizar el derecho a la protección de la salud. Asimismo, se reformaron las leyes orgánicas del IMSS y del ISSSTE, previendo la participación del

titular de la SSA en el Consejo Técnico del primero como un representante estatal más y presidiendo la Junta Directiva del segundo. Ese objetivo no se logró: la cúpula del IMSS y de su sindicato se opusieron, obstaculizando la participación del Secretaría en su Consejo Administrativo.

En noviembre de 1983 fue aprobada la nueva Ley General de Salud que dio contenido al derecho a la protección a la salud al establecer las bases y modalidades del acceso de los servicios de salud, redistribuyendo la competencia sanitaria entre la federación, los Estados y el sector privado, al tiempo que, jurídicamente, el Secretario de Salud pasó a ser cabeza política y gestora del SNS, conformado por los servicios de salud de las entidades federativas no descentralizadas, por las Instituciones de Seguridad Social, por el subsector de los institutos nacionales de salud y por el subsector de asistencia social. Esto que quiere decir que el IMSS y el ISSTE, por ley, son entidades inscritas en el sector programáticamente coordinado por la SSA, al igual que los servicios de salud de Petróleos de México. Esos fueron algunos de los elementos considerados como necesarios para hacer efectivo el derecho a la protección a la salud y garantizar el acceso y mejorar la cobertura de los servicios de salud.

La Ley asumió que el derecho a la protección social es fundamental para el desarrollo integral de la sociedad y del individuo, y señaló que una de sus finalidades es fomentar en la población actitudes racionales, basadas en el conocimiento de los efectos de la salud sobre la vida individual. También reconoció que, entre los beneficios que forman parte del derecho a la protección a la salud, está el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente.

Los servicios de salud se definieron como el conjunto de acciones realizadas en beneficio del individuo en nuestra sociedad, cuya finalidad es proteger, promover y restaurar la salud, y se clasificaron en atención médica, de salud pública y de asistencia social. Sin embargo, no se llegó a especificar a qué servicios y tratamientos tiene derecho la población y, en consecuencia, a qué está obligado el Estado (Soberanes Fernández, 2002: 179).

El 24 de enero de 1985, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que en un futuro ya no debería prestar servicios asistenciales, se convirtió en Secretaría de Salud. La Ley

estipuló también la transferencia de los servicios del IMSS-Coplamar a los servicios de salud de los Estados descentralizados. Así, estaban ya concretados los instrumentos jurídicos y normativos para hacer de la Secretaría la instancia garantizadora del derecho a la protección a la salud.

Sin embargo, con ocasión de la presentación del Plan Nacional de Salud, el Subsecretario de Planeación, Francisco Ruiz Massieu, advirtió que no sería fácil ponerlo en marcha debido a un conjunto de limitaciones del propio sector salud y a que los principios postulados (universalización, integralidad, solidaridad, productividad y eficiencia) podrían verse amenazados al momento de ejecutar los instrumentos de política que la propia reforma proponía.

1.3. AJUSTE EN LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y PROGRAMÁTICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD: REFORZANDO EL CONTROL CENTRAL DE LA GESTIÓN SANITARIA

Como ya se anotó, tanto la creación de un SNS como la propuesta de reforma administrativa y de descentralización de los servicios de salud, fueron presentadas como parte del esfuerzo para fortalecer las funciones políticas y rectoras de la SSA como instancia que tiene como función garantizar el acceso y una mejor cobertura con servicios de calidad homogénea a los grupos más vulnerables.

En ese marco, la reforma administrativa como un instrumento de política gerencial fue concebida como un recurso para “controlar menos, para controlar mejor” y aplicar más y con más energías y recursos en custodiar a los custodios (SSA, 1983a: 29). Se entendió que era necesario concentrar el proceso de decisión en la Dirección General reorganizando las áreas de la dirección a cargo del Secretario en cinco subdirecciones, a saber: las de regulación, asistencia, planeación, oficialía mayor y contraloría interna.

Dicha reorganización implicó una agrupación de funciones y una eliminación de niveles intermediarios, así como la creación de otras unidades administrativas para apoyar al Secretario en su tarea de rector del sector, entre ellas la Comisión Coordinadora de Programas Prioritarios de Salud y de instrumentos de gerencia. Se argumentó que estos cambios se hacían necesarios debido a la poca capacidad operativa de la Secretaría, aunada a una acción muchas veces autónoma de esas instancias en relación con la normatividad

central. El resultado fue que las 116 unidades centrales existentes en 1982 se redujeran, inicialmente, a 67, en 1984 a 62, en el inicio de 1985 a 24, y en 1988 a 19. Se suprimieron varias coordinaciones generales y unidades administrativas y sus tareas fueron transferidas a la Dirección General, así como a diversos programas verticales.

En el caso, por ejemplo, de la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública, ésta fue asignada al área del Secretario como Dirección General de Apoyo a la Coordinación Regional, restando poder a los Coordinadores de los Servicios de Salud que se constituían en la cabeza del sector sanitario en los Estados. En agosto de 1985, fue transferida a la Subsecretaría de Planeación. Esa subdirección fue la responsable de preparar y promover la descentralización y la coordinación sectorial y regional, e incluso de definir quién sería el Secretario de Salud en los Estados, cambiando la dinámica de nombramiento del Director de los Servicios Coordinados, la cual era una negociación entre los gobernadores y el Secretario de Salud. El subsecretario de entonces fue el Dr. Manuel Ruiz de Chávez.¹⁷

La Dirección General de Normas de Atención Médica se transformó en Dirección General de Normas de Atención Médica y Asistencia Social, y después, junto con las direcciones generales de Rehabilitación, Salud Mental y Salud Materno-Infantil, conformó la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud (SS, 1988: 69). Esa subdirección tenía como prioridad crear normas sanitarias, ambientales y ocupacionales, definir el contenido técnico de las acciones y de los servicios propiamente dichos, y las características del recurso humano y físico necesario para cumplir con las normas. Con esas medidas se buscaba dar homogeneidad para garantizar calidad y efectividad, así como para organizar los recursos existentes. Además, respondía por la enseñanza, la investigación y el desarrollo tecnológico en salud, recurso considerado como fundamental para dar respuesta a los problemas de salud. El subdirector fue el Dr. Jaime Martuscelli Quintana.¹⁸

Otra subsecretaría, la de Servicios de Salud (a cargo del Dr. Jesús Kumate Rodríguez), tenía, entre sus muchas tareas, la de identificar necesidades en salud, eje rector de las acciones, y llevar a cabo las acciones propiamente dichas de salud. Para identificar

¹⁷ Quien actualmente dirige Funsalud.

¹⁸ Importante actor de la política científica biomédica, no sólo dentro de la UNAM sino también en el CONACYT.

las necesidades en salud se consideró como prioritario mejorar la información epidemiológica dando una mayor uniformidad y confiabilidad a la misma. Se propuso crear un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, dar inicio a la elaboración de encuestas epidemiológicas nacionales, promover investigaciones epidemiológicas y crear una normatividad para el registro de las enfermedades (SSA, 1998: 236). Esos Programas fueron desarrollados por la Dirección de Epidemiología, cuyo titular fue el Dr. Jaime Sepúlveda Amor, quien contó, entre sus colaboradores, con los doctores José Luis Valdespino Gómez,¹⁹ Roberto C. Tapia Conyer²⁰ y Mario Henry Rodríguez López.²¹

También formaban parte de la Subsecretaría de Servicios de Salud la Dirección de Medicina Preventiva (con el Dr. Jorge Fernández Castro), la de Planificación Familiar (cuyo director era el Dr. Manuel Urbina Fuentes²²) –que tenía como responsabilidad la materialización y puesta en práctica de las acciones de salud junto con los servicios estatales descentralizados–, la de Regulación de los Servicios de Salud (cuyo director era el médico militar Andrés de Wit Greene) y la de Biológicos y Reactivos (con el Dr. Juan Garza Ramos), responsable de la producción de vacunas, sueros y reactivos, así como de la elaboración de normas técnicas, de la vigilancia, control de calidad y distribución a los Estados. La responsabilidad de la aplicación de las vacunas estuvo a cargo de los servicios estatales de salud e instituciones de seguridad social.

La creación de esas direcciones implicó, por un lado, la supresión de muchos programas verticales creados entre los años 1940 y 1960, entre ellos, el de “Lucha contra el Paludismo”, que fue descentralizado,²³ al igual que la actividad de vacunación, mientras que los programas nacionales se transformaron en Programas de Control. Otros programas desconcentrados en términos operativos y que no estuvieron acompañados por una descentralización del personal responsable fueron: control de la lepra, el mal de pinto, la

¹⁹ Quien, en general, acompañó al Dr. Sepúlveda en sus cambios de puestos. Práctica común en el servicio público mexicano.

²⁰ Entra en la Secretaría de Salud en 1985 donde hizo su carrera.

²¹ Acompañó al Dr. Sepúlveda en la dirección del INSP, donde permanece hasta hoy tomando director del INSP en el presente año.

²² Fue subdirector de General Médica del ISSSTE durante el gobierno de Fox.

²³ De acuerdo con González Block (*op. cit.*: 158-159), el programa contra el paludismo se transformó en un elefante blanco para la Secretaría de Salud desde 1981, cuando disminuyeron enormemente los recursos internacionales y el programa tuvo bajo su responsabilidad a 4,000 trabajadores, y la muerte por paludismo era prácticamente nula. Desde entonces se dio inicio a la desconcentración del programa.

oncocercosis y el dengue, y otros. También fueron suprimidos el programa de “Lucha contra la Tuberculosis” y la Comisión Constructora de Ingeniería Sanitaria. A su vez, se dio prioridad a la Planificación Familiar, ampliando su concepción al dejar de ser un política particularmente de carácter demográfico para transformarse en una política social de salud, dirigida enfáticamente a la mujer, aunque en el discurso se señalaba la necesidad de incorporar a hombres y adolescentes, lo que pocas veces se tradujo en acciones concretas.

A su vez, y con un carácter residual, se estableció el Programa Nacional Mujer y Salud (SSA, PRONAMUSA, 1984), el cual involucró al IMSS, al ISSSTE y al Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia. Al interior de la Secretaría, el Dr. Soberón creó la Comisión Interna de la Mujer, presidida por María del Carmen Elú. Ambas instancias tenían como objetivo dar “visibilidad y difundir las condiciones de salud de las mujeres mexicanas y con ello promover la voluntad política y las acciones para su mejoramiento”. Además, reconocieron la alta mortalidad causada por los cánceres cérvico-uterino y mamario, y la mortalidad materna como problemas específicos de las mujeres a ser investigados y enfrentados como tales por el sector (SSA, Programa Nacional Mujer y Salud, 1988: 16-17).

Asimismo, se canceló la Dirección General de Atención Médica dado que las unidades hospitalarias a su cargo pasaron a la jurisdicción de los servicios de salud de cada unidad federativa, y se suprimió la Subsecretaría de Salubridad y de Asistencia, transfiriendo el área de asistencia al DIF. La Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal adquirió el carácter de órgano desconcentrado.

Además, se introdujo una estructura administrativa específica para coordinar el subsector de los Institutos Nacionales de Salud,²⁴ y en el año de 1984 se crearon los centros de Investigaciones en Salud Pública y Nacional de Enfermedades Infecciosas, que, después, en 1987, junto con la Escuela de Salud Pública, formaron el Instituto Nacional de Salud Pública, cuya creación fue objeto de críticas y oposiciones.

Los resultados de la reforma administrativa fueron prontamente anunciados por el doctor Soberón: en 1984, en reunión con el sector popular del PRI, informó que, a través de

²⁴ Ahora bajo la dirección del Dr. Jaime Sepúlveda.

la simplificación administrativa, “se dieron erogaciones extraordinarias en el combate al dengue, paludismo y oncocercosis”.²⁵

De cualquier modo, la reforma administrativa no logró subsanar la fragmentación existente, asunto central para la efectividad de un Sistema Nacional de Salud y el cual siempre fue el talón de Aquiles del sector. Lo único que logró contemplar fue dar secuencia a la política de comisiones con poco poder de decisión, reproduciendo viejos mecanismos que no necesariamente fueron pensados para democratizar el poder, y menos aún para desalojar los intereses sectoriales que se apropiaban del Estado, ganando así más coherencia interna y autonomía para gestionar los recursos existentes.

1.4. DESCENTRALIZACIÓN Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD: INSTRUMENTOS PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La descentralización, acompañada por la reorganización del modelo de atención a la salud de la población abierta, fue presentada como un instrumento necesario para garantizar el acceso y mejorar la cobertura mediante la conformación de un modelo de atención mixto público-privado con mayor participación de los Estados en el financiamiento y en la prestación de los servicios. Ésta fue definida como un “proceso gradual y casuístico” para evitar deterioros en la operación de los servicios, y previa a la aproximación de los programas y servicios del IMSS-Coplamar con los Servicios Coordinados de Salud y la creación de los Servicios Estatales de Salud en lugar de los Servicios Coordinados de Salud, cuyo responsable debía ser señalado por el Secretario de Salud. Los Servicios Estatales de Salud como instancia operadora de los servicios y programas en el ámbito de los Estados, integrados por los dispersos servicios existentes, contarían con recursos financieros de la federación y de los Estados, y estarían sujetos a evaluaciones por parte del poder central. Los servicios a cargo de los Estados comprendían centros de salud, unidades médicas rurales, hospitales generales de la SSA o estatales y algunas campañas sanitarias.

²⁵ Véase Soberón, 1987: 444. El paludismo fue uno de los padecimientos que aumentaron en el quinquenio de 1977-1982 debido, según el propio doctor Soberón, “a la disminución relativa de los recursos financieros”, y continuó creciendo hasta 1985, llegando a 133 698 casos, período en el que la actividad de rociamiento había bajado de 828 311 a 338 530 entre 1982 y 1984, aumentando de nuevo en 1985 hasta 728 623 rociamientos, según datos de la propia SSA.

El proceso descentralizador tuvo su base normativa en el Decreto Presidencial del 18 de junio de 1984, que ordenó a las dependencias del Ejecutivo Federal elaborar un Programa de Descentralización Administrativa a través de acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades. Estos acuerdos empezaron a ser firmados entre 1985 y 1987, dependiendo, principalmente, de la voluntad de los gobernadores y de las negociaciones realizadas que llevaran a modificaciones sucesivas. No obstante, existían también otros criterios que orientaban la descentralización, como el grado de desarrollo y la infraestructura de servicios existentes. En 1985 se inició la descentralización en Nuevo León, Guerrero, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Jalisco, Querétaro, Sonora y Tlaxcala. En marzo de 1986, otros tres Estados iniciaron su proceso de descentralización: Colima, Guanajuato y México, y, a finales de 1987, dos más fueron incluidos en el proceso: Aguascalientes y Quintana Roo. En estos Estados, los Sistemas Estatales de Salud debían asumir la responsabilidad del programa IMSS-Coplamar.

En Sonora, por ejemplo, convivieron dos estructuras administrativas como parte de las negociaciones: por una parte estaban los Servicios Coordinados del Estado, dependientes de la SSA, la cual fungía como instancia coordinadora sectorial responsable de la planificación y administración de programas, servicios y recursos, cuyo jefe fue nombrado por el Secretario de Salud. Por otra parte, para operar la red estatal de servicios, se crearon los Servicios Médicos de Sonora (SEMESON), de los que pasó a depender la red de servicios de salud y el Programa IMSS-Solidaridad. Su director fue nombrado por el gobernador siguiendo la tradición de los Servicios Coordinados de Salud, pero los servicios del SEMESON debían ser normados por el gobierno federal.

A su vez, la descentralización se hizo a partir de la red existente, independientemente de sus condiciones físicas, con los funcionarios que había en los Estados. Se calculaba que existían 5 500 unidades de primer nivel de atención de la Secretaría, y 3 221 del IMSS-COPLAMAR, entendiendo que las unidades de primer nivel estaban compuestas por Casas de Salud, Unidades Auxiliares de Salud, Unidades Móviles, Centros de Salud Rural (para población dispersa y para población concentrada) y Centros de Salud Urbanos, que eran los más equipados.

Sonora fue el tercer Estado en descentralizarse por contar con las condiciones requeridas y el interés del gobernador. Eso porque, a pesar de ser un Estado con una baja densidad poblacional, absorbía 16% de los recursos federales de salud, lo que le permitía tener una red de primer nivel compuesta por 212 Casas de Salud y 92 Centros de Salud rurales manejados por enfermeras rurales y pasantes de la carrera de medicina, y 19 en áreas urbanas (Pérez Duarte, 1988: 98; Soberón, 1987: 172).

De acuerdo con dirigentes de la Secretaría de Salud de Sonora, se estableció la contribución del Estado como parte de las negociaciones de la descentralización, y el aporte logístico de las empresas privadas locales fue lo que facilitó la realización de campañas de vacunación masivas (Abrantes Pêgo, 2006).

También fue parte del paquete de la descentralización el apoyo al Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud México-BID, para el cual los Estados tenían que, entre otras acciones, aportar 20% de los recursos financieros, lo que correspondía a 5 100 millones de pesos (SSA, 1987: 119), asegurar en 10 días una dotación de terrenos para la construcción de unidades de salud y promover la creación de patronatos o fondos presupuestarios mediante la concertación de acciones entre los sectores sociales y privados y los gobiernos de los Estados (SSA, 1987: 112-113). A partir de ese préstamo, México pasó a ser uno de los principales países prestatarios para efectos de salud en América Latina (Fundación Cambio XXI, 1993: 17).

Tanto la propuesta de descentralización como la de reorganizar el modelo de atención a la salud de la población abierta fueron elaboradas por el nivel central y conducidas por el grupo de funcionarios cercanos al Dr. Soberón a partir de una visión vertical del proceso de toma de decisión. El equipo del Dr. Soberón aspiraba controlar la definición del modelo de atención, por lo que hubo una confrontación entre éste y algunos salubristas de la Secretaría de Salud y del programa IMSS-COPLAMAR en torno al concepto de atención primaria y de la propuesta de introducción del pago de cuotas de recuperación en los servicios de salud (González Block, *op. cit.*: 220-221). Los funcionarios responsables del Programa IMSS-COPLAMAR estaban en contra de la introducción de la cuota de recuperación y planteaban un modelo de atención centrado en la acción de promoción junto con la comunidad.

Independiente de las posiciones contrarias, el Secretario reeditaba la práctica existente en Salubridad de vincular el acceso a los servicios con el pago de una cuota de recuperación, cuyo monto y procedimiento de cobro fue establecido de acuerdo con una diversidad de criterios; los fondos recaudados en el ámbito local eran remitidos al ámbito central. En el caso de Sonora, debido a presiones del propio representante de la Secretaría de Salud en el Estado, se logró, al término del sexenio, que la SSA permitiera que esas cuotas se quedaran en el Estado.

La política de mejoría de la cobertura se haría a través de los servicios básicos de salud, dirigidos, principalmente, al binomio madre-hijo, lo que incluía “planificación familiar, hidratación oral, inmunización, atención del menor de cinco años de edad y control prenatal a través de las auxiliares de salud, que son personal voluntario de la comunidad que ha sido adiestrado” (SSA, 1998: 271). Esa estrategia sería implementada en las comunidades rurales de 500 a 2 500 habitantes que conformaban un universo de 9 500 localidades que no contaban con médicos ni centros de salud o unidades del IMSS-COPLAMAR, y que concentraban la mayor parte de las muertes maternas (OPS-OMS 1985: 1-233, *apud* Aktin, 2000: 12).

El Programa de Planificación Familiar fue considerado el vehículo privilegiado para mejorar el nivel de bienestar de la población pobre al ser incorporado como política de salud. Se esperaba disminuir el número de hijos de las familias en las zonas rurales para así disminuir la mortalidad infantil y materna, una de las prioridades de la política de salud (SSA, 1988: 267). Otro programa de salud considerado como importante, y que se debía universalizar, fue el de las Campañas de vacunación contra la poliomielitis.

El argumento para la incorporación de la política de planificación familiar en la política de salud fue que el espaciamiento entre los hijos influye en la fecundidad y en las cuentas nacionales, pero también en la salud materno-infantil y en el rol de las mujeres como responsables de la reproducción familiar. Es decir, fue interpretada como una política versátil de alto costo-beneficio que ayudaría a disminuir la presión de la sociedad sobre la acción social del Estado y a mejorar los indicadores sociales. Por consiguiente, se debería universalizar. Así se argumentó:

La diferencia en la fecundidad entre dos o cuatro hijos por mujer en el año 2010, puede significar en ese año una variación de 34.4 millones de habitantes; dos millones de nacimientos anuales menos; 12 millones de matrículas de primaria en lugar de 21; un ahorro de 27 mil camas de hospitales, y la necesidad de crear 560 mil empleos anuales en vez de 1.2 millones (Secretaría de Salud, 1988: 282).

La meta era lograr 7.6 millones de usuarias de métodos anticonceptivos para obtener una tasa de crecimiento de 1.9% en 1988 (Soberón, 1989: 262).

Para alcanzar las metas de fecundidad previstas se buscó definir para cada Estado el número de métodos y tratamientos anticonceptivos de cada clase que serían necesarios para determinar la magnitud del esfuerzo y el recurso:

Se efectuaron investigaciones de mercadotecnia social que fundamentaron la estrategia para la comercialización de tres millones de preservativos en tiendas del sistema de distribuidoras Conasupo; se realizó una encuesta de aceptabilidad y se inició un estudio médico para determinar la viabilidad de la introducción en México del nuevo método anticonceptivo subdérmico “Norplant”, con acción hasta por cinco años; se inició una encuesta sobre conocimientos de planificación familiar y actitudes hacia ella en zonas rurales y urbanas marginadas del país, se apoyó el desarrollo de investigación en biología de la reproducción y otras áreas temáticas referentes a las condiciones de salud de la mujer (Soberón, 1989: 262-263 y 454).

De cualquier forma, las tasas de muertes maternas por causas obstétricas continuaron siendo muy elevadas y con grandes diferencias regionales, al igual que la mortalidad por cáncer cérvico uterino, con una tasa de 24.1 por 100 mil mujeres de 25 años de edad, en 1988, persistiendo como primera causa de muerte (SSA, 1994: 307-308). A partir del Informe de la UNICEF, Blanco Gil y López Orellano observan que la tasa de mortalidad materna en Oaxaca duplicó el promedio nacional. Estos resultados reflejaron no sólo la persistencia de situaciones sociales que hacían vulnerables a determinados grupos sociales, sino también la persistencia en la segmentación de la oferta y de la relación entre

desigualdad social y desigualdad en la distribución de los servicios de atención a la salud que se sumaron a la falta de instrumentos y capacidad de gestión de los Estados, la persistencia del poder de decisión del centro sobre los recursos y programas. En consecuencia, en 1988 la descentralización fue interrumpida.

2. EL LEGADO DEL PERÍODO DE SOBERÓN PARA LA POLÍTICA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA EN LA PERCEPCIÓN DEL SECTOR: DESMANTELAMIENTO DE PROGRAMAS, VERTICALIDAD DE PODER Y ATENCIÓN AL MENOR COSTO

El período del doctor Soberón fue definido por su propio equipo como de “cambios en la interpretación del concepto y en la práctica de la salud pública” (SA, 1994: 26), apreciación compartida también por sus opositores. La salud pública pasó a ser entendida como capacidad gerencial del sistema de salud para mejor distribuir los escasos recursos y tener un menor ámbito de garantía del acceso y de promoción de acciones de intervención en el entorno social-económico para mejorar las condiciones de vida y de salud. En consecuencia, las transformaciones gerenciales deseadas en el ámbito de la organización fueron: promover la separación de competencia entre la federación y los Estados, coordinar desde la Secretaría de Salud las actividades del sector y dejar a los Estados, al sector privado y social la atención de los servicios de salud. En lo que se refiere a las acciones para mejorar el nivel de salud de los mexicanos, lo programado fue incidir sobre el acceso buscando garantizar por medio de la salud pública los servicios básicos de salud a la población vulnerable, sin aumentar los gastos u operar sobre las causas estructurales que afectan el nivel de salud. Es decir, se buscó universalizar solamente la planificación familiar y las campañas de vacunación.

Por lo tanto, al final del período de Soberón en la Secretaría de Salud, había en el sector razones suficientes para expresar cautela o dudas sobre el impacto positivo del proyecto de reforma estructural sobre las condiciones de salud de la población, la utilización de los recursos financieros del sector salud, la calidad de los servicios, la equidad en la distribución de los recursos y bienes, la gerencia, coordinación y regulación del Sistema Nacional de Salud. En el ámbito de su propio equipo se discutía el alcance de la

descentralización como una política que depositó la salud de millones en manos improvisadas. Al respecto, Santos Burgoa (1993) se expresó de la siguiente manera: “67% de los directivos de las células básicas de la salud pública nacional, depositarios finales de una descentralización de los servicios, no tenían ninguna formación de posgrado que les permitiera manejar sus responsabilidades”.

Además, la reforma administrativa no logró hacer frente a las fluctuaciones en los recursos y la disminución del gasto social, ni tampoco en la dinámica de distribución de los mismos: se observó un estancamiento de la expansión de los servicios médicos y el aumento de las desigualdades en las condiciones de salud entre las regiones y los diferentes grupos de ingresos. La brecha social crónica existente en las condiciones de salud había aumentado, demostrando una relación directa entre el índice de marginación y la situación de la salud. Se calculaba para entonces en todo el país una tasa de mortalidad infantil de 38 muertes por 1 000 nacidos vivos registrados, en tanto que para los Estados más pobres (Oaxaca, Chiapas, Hidalgo y Guerrero) la tasa era mucho mayor. En relación con la esperanza de vida al nacer, estos Estados presentaban un rezago de alrededor de quince años. La mortalidad materna en Oaxaca presentó, al final del sexenio, casi 20 % del total de muertes maternas observadas en los municipios de muy alta marginación, de acuerdo con el Reporte de Evaluación del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (Gómez Dantés, s/f). También fueron los Estados que presentaron los más altos índices de analfabetismo, menor proporción de casas con agua entubada en relación con el resto del país; lo mismo en cuanto al drenaje (SSA, 1994: 229).

La llamada modernización, definida como la adaptación de estructuras administrativas y de funciones, también provocó problemas en los programas verticales al transferirlos a los Estados, como fue el caso particular del programa de control del paludismo. La meta de control de mantener la mortalidad en cero y la morbilidad en menos de 100 casos por cada 100 000 habitantes no fue alcanzada (SA, 1994: 29). En 1989 fueron detectados, según el doctor Kumate (entrevista *Excelsior*, p. 10), 110 000 casos de paludismo como resultado de la disminución de los recursos financieros y de la propia política de modernización-descentralización (SA, 1994: 303). Por un lado, no había receptividad por parte de los Estados, y “por su parte, el personal perteneciente a la antigua Campaña de

Erradicación también ha mostrado resistencia a incorporarse al personal de los servicios regulares bajo la jerarquía estatal jurisdiccional” (Fernández de Castro P., 1988: 124).

El resultado de esa descentralización sobre la campaña fue el surgimiento de conflictos con el personal, el retiro voluntario de más de mil trabajadores del Programa y la reubicación de muchos, no aceptación de la autoridad regional, deterioro de los equipos, la ausencia de personal local capacitado para responder a la nueva responsabilidad y de recursos físicos, desigual y baja integración de esos programas a las estructuras locales, el desconocimiento del personal del IMSS-Coplamar en relación a los aspectos clínicos, epidemiológicos y de control, la poca o nula movilidad de su personal y la pobre oportunidad de la notificación de casos que requieren de personal que se desplace en itinerarios más o menos largos para la realización de la actividades del Programa (Fernández de Castro, *op. cit.*: 127; SA, 1994: 303). También se incrementó en ese período la notificación de casos de teniasis, así como de los casos de cisticercosis (SA, 1994: 295), y se duplicaron los casos de brucelosis (SA, 1994: 298).

A su vez, los gobernadores no estaban apoyando la descentralización, y muchos la consideraban como una “transferencia de problemas” en un contexto de escasos recursos y de agudización de los problemas de salud, aunados a un deterioro de los servicios de salud²⁶ y a una política poco equitativa y justa puesto que los escasos recursos financieros existentes no estaban siendo distribuidos equitativamente.²⁷ Unos criticaban y denunciaban su pragmatismo, pues las cuestiones económicas eran tratadas con más prioridad que las políticas y sociales, y otros reclamaban la falta de recursos humanos en los Estados para llevar adelante las nuevas obligaciones,²⁸ así como la falta de transparencia en el proceso y la no participación de los Estados en las decisiones.²⁹ Había también quienes reivindicaban las

²⁶ Véase en SA (1987a): 198. El gobernador de Sinaloa, Francisco Labastida Ochoa, y el gobernador de Oaxaca denunciaron que en 1980 las enfermedades respiratorias tenían una tasa de 345 por cada 10 000 oaxaqueños, y en 1984 la tasa llegó a 1 100. Lo mismo sucedió con las enfermedades diarreicas, que pasaron de 159 a casi 400, con las amibiasis que aumentaron cuatro veces, el paludismo se duplicó, la sarna se triplicó, reapareció el dengue y la neumonía y la varicela también aumentaron (p. 198).

²⁷ Véase en SA (1987a): 138, el relato del gobernador del Estado de México, Alfredo Baranda García, y del gobernador de Nuevo León, Jorge Alonso Treviño Martínez.

²⁸ Véanse en SA (1987a) los relatos de la gobernadora de Tlaxcala, Beatriz Paredes, del gobernador de Tabasco, Enrique González Pedrero y del gobernador de Zacatecas, Genaro Borrego Estrada.

²⁹ Véase en SA (1987a) el pronunciamiento de María de los Ángeles Moreno Uriegas, Subsecretaria de Programación y Presupuesto de Desarrollo Social y Regional.

viejas banderas de los sanitaristas como referencia y contra referencia ausente en el modelo de atención para la población pobre, así como la articulación de la política de salud con la de desarrollo,³⁰ y aquellos que apoyaban la no integración del IMSS-COPLAMAR a los servicios de la Secretaría de Salud.³¹ Acerca de esto, las palabras del gobernador de Oaxaca son muy expresivas: *“No aceptamos el círculo que algunos pregonan en el sentido de que sociedades desnutridas y pobres carecen de la energía y capacidad para fijarse la meta de una sociedad nueva, más justa y equilibrada”* (p. 200).

Uno de los testimonios de los problemas financieros que enfrentaba la Secretaría de Salud eran las cifras presentadas por Manuel Urbina, en 1987, en una Reunión con los gobernadores organizada por Gobernación en respuesta a la solicitud del Secretario de Salud para escrutar, recobrar la confianza de los gobernadores y pedir su apoyo. Se trató de una reunión donde la Secretaría de Salud explicitó los limitados recursos financieros federales del sector para hacer frente a *“las consecuencias negativas del deterioro del poder adquisitivo”* (p. 24), y solicitó el apoyo financiero, logístico y político de los gobernadores en la descentralización, y, en particular, para algunos programas que podían tener efectos en las condiciones de salud, entre ellos la planificación familiar. Se apeló a los gobernadores para consolidar la estrategia de uso intensivo de la infraestructura existente, de conservar y mantener lo que había, dejando en segundo plano el crecimiento de la infraestructura física.

Ese apoyo solicitado debía expresarse en una mayor participación de los gobernadores en los Consejos Internos de Administración de los Servicios Coordinados de Salud Pública y de Vigilancia del IMSS-Coplamar, y para que *“vean más de cerca de los cuerpos colegiados y les pidan cuentas a los titulares de salud en sus estados”*. Además, se solicita *“que en ellos ejercerán el liderazgo e impulso de la coordinación programática en esos ámbitos, a fin de optimizar recursos, evitar duplicaciones de infraestructura y atender cabalmente las prioridades de salud de la población de su Estado”* (pág. 25), y el respaldo en la regulación y control sanitario para los días nacionales de vacunación antipoliomielítica, para el control del paludismo, del SIDA y de la desnutrición, y principalmente, *“su liderazgo para impulsar la*

³⁰ Véase el relato del ex colaborador del Secretario de Salud y entonces gobernador de Guerrero, José Francisco Ruiz Massieu, y del gobernador de Oaxaca.

³¹ Véase el relato del gobernador de Chihuahua, Fernando Baeza Meléndez, y del gobernador de Durango, José Ramírez Gamero.

acción en los municipios y la participación de los sectores sociales y privado [...] {y que} juntos busquemos, con imaginación, mayores recursos financieros, así como su mejor aprovechamiento” (idem.: 24).

Respaldado por la figura presidencial, el Dr. Soberón sugirió explorar esquemas de co-financiamiento con los gobiernos de los Estados y lo que él no logró en el ámbito federal, *“que las instituciones de seguridad social contribuyan, en mayor medida, a los programas de salud pública, ya que, si bien hacen aportaciones importantes en este rubro, creemos que puede hacerse un esfuerzo mayor” (idem.: 24).* Además, el Dr. Soberón dejó claro su posición expresando que *“toda fuente de financiamiento es importante, como la proveniente de la iniciativa privada y los organismos internacionales” (p. 25).*

Sin embargo, el doctor Soberón no logró ese apoyo. Si en un principio algunos gobernadores habían apoyado la descentralización, como fue el caso del gobernador de Sonora, poco a poco su apoyo fue disminuyendo. El descontento fue creciendo a medida que se iba percibiendo la falta de autonomía de los Estados para manejar el presupuesto, los recursos humanos y los problemas que la propia descentralización estaba provocando. El resultado fue, según los entrevistados de un estudio realizado en Sonora,³² una descentralización limitada, negociada y manejada por el ámbito federal que estuvo llena de casuismos y que contó con muy poca participación de las fuerzas regionales, las cuales hubieran podido manejarla mejor.

Desde la perspectiva de Almada Bay, investigador sonorenses, en Sonora la descentralización promovida por el Dr. Soberón se aceptó a nivel del discurso pero hubo *“resistencia generalizada de los cuadros locales y regionales, donde las medidas se diluyeron”* por falta de apoyo. En realidad, la descentralización se percibió como una estrategia de la elite tecnocrática nacional y de los altos cuadros del PRI, que produjo *“muchos papeles”* pero que contó con poco apoyo logístico y con demasiado control.

Sin embargo, durante la campaña del candidato del PRI, parecía que había una convergencia en torno a la descentralización que incluía al propio candidato Salinas de

³² La información sobre el Estado de Sonora es resultado de un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México en los Estados de Oaxaca, Guanajuato y Sonora, con financiamiento del Internacional Development Research Center (IDRC) de Canadá. El estudio referente a Sonora lo realicé yo misma (véase Abrantes Pêgo R. y Arjonilla-Alday S., 2002; Abrantes Pêgo R., 2006).

Gortari. A su vez, unos reconocían que los recursos iban a continuar siendo escasos y que la atención primaria era la mejor fórmula para optimizar los recursos existentes; otros, reclamaban otra descentralización, con mayor información, con mecanismos reales de promoción de participación comunitaria y reforma fiscal tendiente a aumentar la capitación de recursos en el ámbito estatal y municipal. Así lo manifestó el director del CEPES en el Estado de Tlaxcala, Alfonso Sánchez Anayde: *“fortalecer el federalismo no es descentralizar funciones [...] Hace falta ir más allá de donde se ha llegado, para que con vocación moderna de democracia, ésta se traduzca en la facultad de decidir, no sólo una elección [...]”*.

Al parecer, la adhesión a la descentralización por los priístas de diversas corrientes no implicaba, necesariamente, un reconocimiento de los efectos de la descentralización en la corrección de los déficit regionales en materia de servicios de salud, y menos aún, producir efectos sobre la crisis y las raíces de los principales problemas de salud vinculados con las condiciones de vida en general y con la democratización de los servicios de salud. En cierta medida, el Secretario de Salud podía estar dejando a su sucesor una especie de rompecabezas con muchas piezas, algunas incluso rotas, que éste tendría que armar con mucho cuidado. Hasta ese momento, lo que había hecho la Secretaría de Salud, según sus propias palabras, fue buscar “ser un organismo de gestión financiera para la salud, ser el interlocutor internacional de la salud, ser el vocero de la salud en cuanto a los problemas nacionales” (Soberón, Secretaría de Salud, 1987a: 208). La construcción de un sistema de salud en los Estados autónomos con un financiamiento regulado y coordinado, con eficiencia operativa y con la participación del sector privado e integrado, continuaba siendo parte de un proyecto futuro en perspectiva.

Por lo anterior, es posible decir que el Dr. Soberón y su equipo entraron al nuevo período de gobierno con un anclaje político en el ámbito de la Secretaría de Salud: aunque no habían logrado hacer de ésta una autoridad sanitaria, ni tan poco habían podido enfrentar la fragmentación existente de los servicios con diferentes padrones de acceso a servicios de distintas calidades y cobertura, la política del cambio estructural sirvió para sentar las bases jurídicas para el derecho a la protección a la salud, pero no generó las condiciones para la

obligatoriedad del mismo ni determinó qué era lo que abarcaba ese derecho ni quiénes estaban obligados a proporcionar los servicios.

La política del cambio estructural también sirvió para organizar una nueva corriente conformada en torno a determinados intereses y visiones próximas al sector privado que demandaban la necesidad de dar continuidad al proyecto de reforma promovido por el Dr. Soberón, lo que fue percibido de forma positiva por algunos organismos y fundaciones internacionales y por un pequeño círculo de poder, como vamos ver en el capítulo cinco.

3. LA BRECHA EN LOS INDICADORES DE SALUD: LA PERSISTENCIA DE LA DESIGUALDAD EN EL ACCESO Y EN LA COBERTURA A LOS SERVICIOS DE SALUD

El Dr. Soberón instrumentalizó su propuesta de “Reforma Estructural” en un gobierno que puso en marcha políticas monetarias y fiscales restrictivas que afectaron el nivel y calidad de ocupación de quienes lograron mantener su empleo. El decremento de la ocupación entre 1983-1986 significó una pérdida de 291,000 ocupaciones repartidas en las 52 ramas de actividades (Hernández Bringas, *op. cit.*: 20 y 25). También afectó las condiciones de vida de la clase trabajadora de todos los sectores de la economía e instituciones públicas del país debido a la pérdida real de los salarios. De acuerdo con Hernández Bringas “el salario mínimo disminuyó 51%, los salarios industriales se deterioraron en 36%, los sueldos en 37% y las prestaciones sociales en 30%”, de tal forma que, “según datos de la unión de bancos suizos, México alcanzó en 1988 uno de los salarios más bajos del mundo (*op. cit.*: 29).

Fue en ese desolador contexto que la propuesta de “Reforma Estructural” incluyó en el texto Constitucional el derecho a la protección en salud y prometió superar las desigualdades y mejorar el acceso y la cobertura de los servicios de salud junto a la población pobre, descentralizando, además, los servicios. Sin embargo, los resultados indican que la llamada “Reforma Estructural” contribuyó en casi nada a la transformación de las condiciones estructurales identificadas en la propia propuesta de reforma que limitaron el acceso y una distribución más equitativa de los servicios de salud.

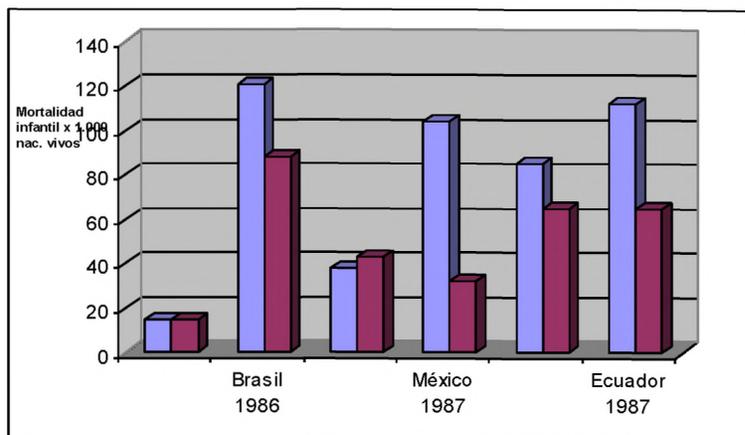
Así, el sector continuó fragmentado; no creció a pesar de que aumentó el tamaño de la población ni cambió la estructura de gastos. Fue un período en el que el PIB creció a una tasa media anual muy baja de 0.1%, reflejado en el nivel de la inversión neta en el sector salud que se mantuvo constante entre 1980-1987; lo que aumentó fue la producción global del servicio de salud. Según Ayala y Schaffer (*op. cit.*: 38), en base a información del INEGI en valor de precios constantes, creció 19.6% de 1980 a 1986, la del sector público lo hizo en 26.9% y la del sector privado en 10.6%. A su vez, en 1982, la población total en México era de 72 967 624 y la población asegurada de 33 639 531, representando el 46.1% de la población total, y la no asegurada de 39 328 093, representando el 53.9% (Ayala y Schaffer, 1991: 18-19). Para 1988, las cifras eran: 82 721 193, 43 538 827 y 39 182 366. Frente a esa situación, Ayala y Schaffer suponen que una población del 36% en promedio, es decir, 29.2 millones de personas, resolvían sus problemas de salud con la medicina tradicional o con la privada (*op. cit.*, 60). Para entonces se calculaba que la medicina privada proporcionaba servicios al 5% de la población.

Ayala y Schaffer señalan que la producción material de los servicios públicos creció a tasas superiores que la producción media en valor debido al mayor uso de los recursos instalados disponibles, al incremento de los insumos intermedios y a un sensible incremento del personal ocupado, lo que puede ser un indicador de que la racionalización de los recursos funcionó relativamente. Además, los autores citados (*op. cit.*, 39) observan que, “desde el punto de vista de su valor, el incremento de la producción se explica por la disminución de la masa salarial y real y del salario medio real per cápita”. En otras palabras, no hubo expansión de la red de servicios ni una mejoría en la infraestructura del sector, aunque se observó un aumento de la demanda y una persistencia de desigualdad en la distribución de los recursos.

En cuanto a la estructura de gastos, Ayala y Schaffer (*op. cit.*: 61) observan que el gasto destinado a la población no asegurada mantuvo su nivel de participación en 2.2% del gasto programable del sector público, y que el gasto global per cápita en la población asegurada era de 3 763 pesos en 1987, es decir, 2.7 veces mayor en relación a la inversión pública federal en salud acumulada para el período de 1982-1986; por ejemplo, coinciden con los Estados más pobres: Chiapas (3 267.6); Puebla (3 714.9); Guerrero (5 486.5) y

Oaxaca (2 576.4) pesos per cápita. En contraste, para ese mismo período, el Distrito Federal tuvo una inversión pública en salud de 23 106.1; Baja California Sur de 12 865.7; Baja California de 7 037; Tamaulipas de 8 018.8 y Nuevo León de 6 269.8, mientras que el total nacional fue de 7 165 pesos per cápita (Hernández Bringas, *op. cit.*: 42). Ese diferencial, por supuesto, va a reflejar las tasas de mortalidad infantil, la esperanza de vida y el acceso al derecho a la salud, y las diferencias se tornan más marcadas cuando, desagregada por municipio, por posición del jefe del hogar en la ocupación, por disponibilidad de servicios sanitarios en la vivienda, escolaridad de la madre, condición de la actividad de la madre, posición de la madre en el hogar, utilización de los servicios perinatales, lactancia e intervalos de nacimiento, no hay modificaciones en esas variables, según lo demostró una investigación realizada por Hernández Bringas. El gráfico elaborado por la OPS expresa muy claramente esas diferencias en términos de población urbana (en color gris) y rural (en negro):

TABLA 2. EXCLUSIÓN EN SALUD EN MÉXICO: MORTALIDAD Y BARRERAS GEOGRÁFICAS



Fuente: Elaborado sobre la base de datos en "Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean. 1996: Poverty and inequality". OPS.

Hernández Bringas observa que, entre las variables de contexto, hubo una mejora entre 1976 y 1991, y lo que puede contribuir a explicar el descenso en la tasa de mortalidad infantil de 39.9 defunciones por 1 000 nacidos vivos en 1980 a 24.1 en 1990 (SSA, 1992: 36)³³ es lo referente a la disponibilidad de servicios sanitarios en la vivienda y utilización de servicios perinatales: la proporción de vivienda sin drenaje se redujo a 44.5%. Sin embargo, esa reducción fue mayor junto a los sectores asalariados (con una reducción de 48.2%) y menor en los agrícolas y los no asalariados (26 y 15% respectivamente) (*op. cit.*, 110).

En relación a la utilización de servicios perinatales, Hernández Bringas observa que hubo una mejora entre 1976 y 1987, pasando de 56 a 68.6, aunque se observa un pequeño

³³ CONAPO estima tasas mayores para 1990: de 34.8 defunciones por mil n.v.r. (citado por SSA, 1992).

aumento en la categoría “sin atención perinatal”, cuya proporción se incrementó ligeramente, del 2.4 al 2.5% (*op. cit.*, 118).

En esa misma dirección, Ayala y Schaffer (*op. cit.*, 66-67) aportan información importante que indica que para la población pobre se observaron mejores niveles de cumplimiento de los programas de salud pública en comparación con los de atención curativa. En este sentido, los estudiosos concluyen que hubo, relativamente, una ampliación de cobertura en lo que se refiere a las enfermedades prevenibles por vacunación. Sin embargo, cabe señalar que, para lograr estos resultados, no se hace necesaria una “Reforma Estructural”.

4. SEGUNDA ETAPA DE LA REFORMA: CONGELAMIENTO DE LA DESCENTRALIZACIÓN Y LA FOCALIZACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LOS GRUPOS EN POBREZA EXTREMA (1988-1994)

4.1. LA SALUD EN LA RECOMPOSICIÓN DEL PODER Y DEL MODELO ECONÓMICO

Como es sabido, la controvertida “victoria” del candidato del PRI para el período 1988-1994, Carlos Salinas de Gortari, sobre la movilización de masas en la que el candidato de la oposición, Cuauhtémoc Cárdenas, se apoyó, fue una alerta sobre los riesgos que debía enfrentar el régimen en caso de decidir continuar con su política de desprecio en relación con sus viejos aliados, y a la agenda social de la Revolución Mexicana que se manifestaba en el compromiso del Estado de proveer servicios sociales como parte de su política social. A su vez, la esfera electoral se presentó para algunos sectores de la izquierda que se oponían al régimen como un campo de lucha importante, capaz de modificar el sistema político mexicano y de revertir las políticas no-populares puestas en marcha por el último gobierno del PRI (Carr B., 1996: 315).

Sin embargo, como observa Prud’Homme (*op. cit.*, 72 y ss.), “el sistema estaba todavía dotado de recursos capaces de asegurar su reproducción”, y el nuevo partido creado a partir de los comicios de 1988, en la primavera de 1989, el Partido de la Revolución Democrática (PRD), no se constituyó de inmediato en un recurso de poder para los diferentes actores que lo formaron. Lo primero que hizo el nuevo presidente fue activar los recursos sistémicos que le permitieran recuperar la legitimidad que se esperaba del ocupante de una

silla presidencial frente a un PRI apático. Por su parte, el nuevo Partido tuvo que enfrentar fisuras internas ocasionadas por el amplio abanico de intereses de la coalición inicial y, además, aglutinar las energías del movimiento para la defensa de la legalidad y de la demanda por la democracia política, debido, entre otros factores, a las sospechas de fraude. Pero el mayor desafío que tenía por delante era constituirse en un Partido autónomo, capaz de escuchar a la sociedad abriendo espacios de participación para ciertos sectores, grupos, clases y/o actores en la vida política y social del país. Citando a Rousseau “el ambiente es particularmente tenso y no se descartan los desbordamientos” (2001: 209). Así pues, el país pasó por momentos político-ideológicos importantes, marcados por el reacomodo de las fuerzas políticas, económicas y sociales. Segmentos del sector privado que se habían acercado al PAN expresaron abiertamente su apoyo a Carlos Salinas, y, por su parte, Cárdenas recibió el apoyo de diversas organizaciones civiles. El presidente entrante, después de lograr controlar el conflicto pos-electoral, tenía que concretar el cambio en el rumbo del modelo de desarrollo “a través de nuevas políticas económicas, sociales y, también, valga la redundancia, políticas” (Warman, 1994: 13). Una vez más, el Estado mexicano buscaría hacer uso de la política social para organizar nuevas bases de apoyo reconfigurándolas en dirección a los grupos no protegidos por el corporativismo y con vistas a redefinir su tarea en el ámbito social.

En el acomodo de las piezas que preparaba el ejercicio del poder por parte de Salinas de Gortari, en la composición del gabinete, el titular de la Secretaría de Salud designado pertenecía aún al sector de los especialistas con una larga trayectoria en instituciones públicas de salud; éste resultó ser ajeno al cuadro de los jóvenes investigadores nutridos de los conocimientos gerenciales de la *nueva salud pública*, sin cerrarle la puerta al Dr. Soberón. Éste siguió influyendo en la política sectorial al continuar desempeñando su cargo en el gobierno al tiempo que fortalecía a Funsalud, y, en particular, apoyó el Tratado de Libre Comercio y la política de crecimiento del sector privado en la producción de servicios de salud, ocupando un papel importante en las negociaciones referentes al sector salud.

El nuevo titular, Jesús Kumate Rodríguez, ex-colaborador de Soberón en la Secretaría, fue miembro de la Academia Nacional de Medicina y del Colegio Nacional,³⁴ tuvo una larga trayectoria clínica y de investigación, fue médico-militar e infectólogo, pasó gran parte de su vida profesional en el Hospital Infantil de la Secretaría de Salud y fue un ejemplo de la continuidad de los especialistas médicos en la dirección del sector. Además, Kumate Rodríguez perteneció al PRI desde 1983 (SSA, 1993: 23), y fue un nacionalista que valoró la ciencia y las instituciones nacionales, entre otras razones, porque pensaba que “*las ayudas internacionales son simbólicas; por eso si nosotros no somos capaces de resolver nuestras necesidades de salud nadie nos las resolverá*” (Entrevista a *Excelsior*, SSA, 1993: 11). Como bien observó Gustavo Leal, era dueño de una “visión propia”.

El doctor Kumate, como se verá más adelante, al igual que otros miembros del equipo del doctor Soberón vinculados al PRI, estaba preocupado con los resultados del “cambio estructural” y su política gerencial de “desprecio” a la salud pública tradicional, de la que él formó parte. Sus limitados efectos sobre las tasas de mortalidad de algunas enfermedades evitables por vacunación y el aumento de algunas, tales como la tuberculosis, desalentaron al nuevo Secretario a seguir adelante con la política de su antecesor para la que él había cooperado, caracterizada por el enfrentamiento con los grupos tradicionales del sector salud y por el redimensionamiento del sector que afectaba programas tradicionales de salud pública y la propia salud de determinados grupos sociales. Así lo expresó Ruiz de Chávez, coordinador de la Comisión Técnica de Salud y Seguridad Social del PRI: “La legitimidad de un sistema de gobierno se mide, en parte, por la prioridad que éste otorga al derecho a la salud, la magnitud de los recursos que le asigna, el grado de movilización que promueve y el nivel de salud al que accede la población” (Ruiz de Chávez, 1989: 404).

A su vez, en una publicación de la Fundación Siglo XXI (que estaba bajo la dirección del Dr. José Narro Robles, otro ex-colaborador del Dr. Soberón), titulada “Propuesta para la Consolidación del Desarrollo. Gestión Moderna y Participativa en Salud: Postulados para el Nuevo Siglo”, se reconoció que los programas de salud no podían ser interpretados como gastos del gobierno ni la polarización epidemiológica como la

³⁴ El Colegio Nacional fue fundado por decreto Presidencial el 8 de abril de 1943, y se inauguró el 15 de mayo de 1943. El 9 de noviembre de 1971 fue reorganizado por decreto.

persistencia de enfermedades propias de la pobreza, la dispersión y carencia de medios accesibles y oportunos para la atención que limitaban las posibilidades de intervención y que hacían necesario invertir en los recursos humanos, pagar mejor a sus trabajadores y valorar el trabajo de quienes hacían prevención.

El doctor Kumate más bien postergó cambios más profundos en la organización de los servicios de salud optando por un programa muy vago de Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (Silos) defendido por la OPS, y buscó mejorar los indicadores de salud mediante la garantía del acceso a una política de salud pública de alto impacto, sin alterar las condiciones de vida, dando continuidad a la visión minimalista de la atención primaria: vacunación y planificación familiar.

Por su parte, su equipo estuvo conformado por cuadros de dentro de las instituciones del sector salud, con base en un supuesto mérito adquirido a lo largo de una trayectoria médico-administrativa, recomponiendo la vieja alianza entre especialistas médicos de las instituciones públicas de salud, sin dar la espalda al grupo del doctor Soberón. El Dr. Julio Frenk estuvo al frente del Instituto Nacional de Salud Pública, y el Dr. Jaime Sepúlveda de la Secretaría de Salud, como se verá más adelante.

De acuerdo con información obtenida en una entrevista, la postulación de Kumate para la Secretaría de Salud se explicaba no tanto por criterios políticos o técnicos internos al sector salud, sino por su pertenencia al mundo militar. Según la percepción de un entrevistado, Salinas se enfrentó a un ambiente de descontento político sin precedentes en la historia reciente del país, y todo apuntaba a que lo más recomendable era establecer puentes firmes y seguros con las fuerzas militares, además de obrar con extrema cautela.

La visión de Rousseau apoya esa interpretación: “Salinas privilegia la búsqueda de una apertura política hacia otros grupos y hacia los representantes de otras tendencias descartadas con anterioridad” (*op. cit.*: 285). No hay que olvidar que, hasta 1991, Salinas mantuvo en la dirección del IMSS a Ricardo García Sainz, un adversario del proyecto de Soberón, quien, con el apoyo de la CTM, había conseguido bloquear los intentos del entonces Secretario de Salud para intervenir en la autonomía de las instituciones de seguridad social como parte del proyecto de hacer de la Secretaría de Salud la cabeza rectora del sector salud, y en el proyecto de descentralización del IMSS-Coplamar. Incluso

el programa IMSS-Coplamar se convirtió en IMSS-Solidaridad, articulado al principal programa de alivio de la pobreza y de renovación de la legitimidad política.

La política de salud propuesta hasta 1992 en la principal institución de seguridad social no tenía nada de novedoso o ingenioso en aquel entonces. De acuerdo con el Director de Finanzas y Sistemas del IMSS:

En 1989 el Seguro Social tenía una deuda enorme [...] y yo no creo que el gobierno tomara demasiado en serio la cuestión de la reforma de Seguro Social. Había ideas, noticias de que el sistema Chileno etcétera [...] pero [...] todavía en el gobierno de Salinas como que no se sabía muy bien qué hacer con ella. Siempre he sido de la opinión de que la seguridad social desde los años setenta cada vez empieza a quedarse relegada en las prioridades del gobierno.³⁵

La política de su Director, el Licenciado García Sainz, fue orientada de acuerdo con los estrechos criterios sectoriales y funcionales de una institución empeñada en conservar un orden institucional conquistado con base en una alianza del Estado con el sector obrero, sólo que ahora en una situación de presión y penuria financiera. Dentro de ese marco, buscó resolver el déficit financiero del Seguro Social dentro de los principios que siempre lo orientaron, en una sociedad que buscaba el pleno empleo, aun en una situación claramente adversa de recesión y de desmonte del Estado desarrollista.

Con las manos atadas frente a sus aliados tradicionales, la política puesta en práctica por García Sainz fue la de una continuidad en relación al período anterior. Se buscó controlar gastos a través del debilitamiento del contrato colectivo, de restricciones salariales y de elevación de la productividad, enlazada a una propuesta de compra de servicios a terceros y de regionalización de la estructura burocrática de la seguridad social, como parte de un proyecto llamado “modernización institucional”. Hubo una reforma a la Ley en 1989, que entró en vigor en 1990, la cual impulsó algunos cambios sobre la administración financiera del Instituto.

³⁵ Entrevista con Martínez González, Director de Finanzas y Sistemas del IMSS, realizada el 3 de septiembre de 1997.

Por otro lado, la principal agencia de elaboración de políticas sociales del período de Salinas pasó a ser el recién creado Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), elaborado bajo la coordinación de un grupo de destacados intelectuales de izquierda que no incluía a ningún salubrista; sin embargo, entre sus integrantes estaba el sanitarista Francisco Luna Kan,³⁶ lo mismo que representantes del sector empresarial.

Pronasol debía constituirse en una nueva base de legitimidad y apoyo popular para Salinas, lejos de los viejos esquemas corporativos, que permitiera mayor libertad para continuar promoviendo los cambios necesarios para consolidar una economía de mercado. El Programa fue definido como una nueva estrategia para superar la pobreza, basada en la construcción de una ciudadanía activa sostenida por una relación de autonomía de la sociedad en relación con el Estado. Su acción se traducía en una nueva formulación ideológica: el “liberalismo social”.

Todo indicaba que en el período de Salinas la reforma del sector salud en su dimensión institucional-organizacional gerencial se postergaría mientras se buscaba renegociar los compromisos institucionalizados con el sector obrero que garantizarían el acceso a la seguridad social, así como promover una nueva sociabilidad, políticamente orientada por los postulados y programas de Pronasol, a través de la organización autónoma de los grupos sociales (en el caso de que esto fuera posible, dado que era el propio Estado el que estaba promoviendo la organización de los grupos sociales).

La otra política novedosa de este período, la cual articulaba la salud con el modelo de desarrollo al promover el desarrollo del sector privado, y que fue apoyada por el grupo del Dr. Soberón, fue la anunciada política de apertura de mercados a través del Tratado de Libre Comercio (TLC). México se fue tornando en un mercado atractivo para las aseguradoras norteamericanas, y éstas, en tanto un grupo fuerte de interés a escala continental, con poder de organización supranacional y de presión externa, fortalecieron los grupos nacionales y los de toma de decisiones gubernamentales hacia esta dirección (Melo y Costa, 1994).

³⁶ El Dr. Luna Kan, yucateco, médico de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, maestro en salud pública, fue jefe de brigadas sanitarias y educador sanitario, jefe de los Servicios coordinados de Yucatán, diputado (1964-1967), presidente de la Sociedad de Salud Pública (1972), senador por Yucatán (1970-1976) y gobernador por ese Estado (1976-1982).

Este tratado, apoyado desde el sector salud por el grupo del Dr. Soberón y por la Academia Nacional de Medicina, dio como resultado un crecimiento en el interés de empresas estadounidenses y canadienses en establecer empresas de capital mixto y de sus filiales en territorio mexicano, lo que representó la entrada de aseguradoras extranjeras – principalmente las organizaciones estadounidenses de atención gerenciada de la salud–, en particular para prestar servicios en áreas, como unidades diagnósticas, servicios de laboratorio, unidades de diálisis y otros servicios auxiliares de diagnóstico que requerían un menor volumen de inversión y que eran de menor riesgo que la inversión, por ejemplo, en hospitales (Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud 1994: iv). Como ejemplo se puede citar el caso del Hospital CIMA en Hermosillo y de otros complejos hospitalarios que surgieron en la Ciudad de México.

Para entonces, México, que siempre ostentó un fuerte sector público hospitalario y un escaso sector privado, se vio frente a una nueva dinámica de crecimiento del sector privado de servicios médicos en el Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey, con características distintas a las del creado a finales del siglo XIX y en la primera década del XX, destinado a la atención de comerciantes y financistas extranjeros con intereses en el país, como son los casos de los Sanatorios Español, Francés, Británico y de otros pocos (Rodríguez Ramos *et al.*, 1988: 12). Dos de los principales complejos privados se encuentran en la Ciudad de México, y son Médica Sur y el Hospital Ángeles, ambas corporaciones con participación de capital internacional y un cuerpo médico que, en su gran mayoría, pertenecía al sector público, es decir, eran médicos contratados por los hospitales de la Secretaría de Salud y del Seguro Social con fuertes vínculos con las autoridades sectoriales y dispuestos a influir en la política de salud.

Médica Sur fue constituida en 1982 por un grupo de 17 médicos relacionados con el Hospital de Nutrición, liderado, entre ellos, por el Dr. Misael Uribe Esquivel, quien actualmente es el presidente de la Fundación Medica Sur y del Consejo de Administración de Médica Sur, S.A. de C.V. (CMS). CMS del SUR, S.A. de C.V. es una sociedad mexicana tenedora de acciones, propiedad de Neuco, S.A. de C.V. CMS cuenta con diversas subsidiarias, relacionadas con los servicios de salud, destacándose Médica Sur, S.A. de C.V.; Inmobiliaria Médica Sur, S.A. de C.V.; Telemed, S.A. de C.V. y Plan Salud,

S.A. de C.V., que es una empresa dedicada a la venta de servicios de salud bajo un esquema de prepago.³⁷

El 27 de marzo de 1998, la Comisión Federal de Competencia resolvió no objetar ni condicionar la concentración entre el Conjunto Administrativo Integral, S.A. de C.V. (CAI) y CMS del SUR, y de esta forma CAI se convirtió en accionista de CMS. CAI es una sociedad mexicana tenedora de acciones de diversas empresas dedicadas a la venta de artículos para el cuidado del hogar, personal y de nutrición, además del desarrollo de franquicias para tiendas de conveniencia y tiendas de esquina, entre otras. Entre sus subsidiarias se encuentra Alta Tecnología Quirúrgica, S.A. de C.V. La CAI tiene una participación accionaria dentro de Seguros Comercial América, S.A. de C.V. (Comercial América). A continuación, transcribo el análisis de la transacción de concentración:

La operación notificada involucra dos mercados relevantes, el primero comprende la prestación de servicios de salud dentro de la Ciudad de México y el segundo la venta de seguros médicos. Respecto al primero, cabe mencionar que concurren diversas empresas, principalmente los hospitales ABC, Ángeles del Pedregal, Mocol y Español. CAI no tiene participación alguna dentro de este mercado relevante. Las empresas involucradas en la transacción notificada sí concurren dentro del segundo mercado relevante a través de Plan Salud y de Comercial América (como socios minoritarios). Existen múltiples competidores dentro del último; por tanto el incremento en cobertura que registrará Comercial América, al vincular sus servicios con los que ofrece Plan Salud, prácticamente no alterará la estructura del mercado relevante.

Hasta 1989, Médica Sur financió su desarrollo exclusivamente con las aportaciones de los socios médicos y los recursos generados con su operación. En 1994, frente a su importante crecimiento, Médica Sur colocó 30% de su capital en la Bolsa Mexicana de Valores, constituyéndose en la única empresa de salud de México que cotizaba en la Bolsa Mexicana de Valores (http://emisnet.bmv.com.mx/informes/inforanua_5549_2006.pdf

³⁷ Véase <http://sp.cfc.gob.mx:8080/cfc01/Documentos/Esp/Resoluciones/Concentraciones/Mayol> (consultado el 7 de agosto de 2006).

[consultado el 7 de agosto de 2006]). Para entonces, el hospital registraba niveles de ocupación superiores al 80%, y la demanda de servicios superó a la oferta. Fue cuando se inició la construcción de una nueva torre (Torre II), edificio diseñado para la ubicación de clínicas de especialidades familiares, que inauguró el área de Gineco-Obstetricia y se constituyó como una asociación con un grupo de médicos chilenos y la compañía Colmena Goleen Cross para la creación de Premédica (medicina preventiva), que fue vendida en 1998 para convertirse en Plan Salud.

En 1997 el grupo PULSAR, encabezado por el ingeniero Alfonso Romo, empresario cigarrero (de la Cigarrera *La Moderna*) y de los Seguros *La Comercial*, adquirió acciones en Médica Sur (<http://www.pulsar.com.mx/hitoria.html> [consultado el 7 de agosto de 2006]), lo que le permitió contar con 17.8 millones de dólares que financiaron el crecimiento de dicho grupo en los años siguientes. Estos recursos permitieron que la infraestructura de Médica Sur creciera al concluir la Unidad de Cirugía de Estancia Corta y Láser, construir un espacio para alojar el equipo de Angiografía Digital, instalar la Unidad de Terapia Posquirúrgica y una Unidad de Cuidados Coronarios, así como la adquisición del equipo de monitores para estas áreas y el ecocardiógrafo tridimensional, la renovación de la Unidad de Imagenología mediante la concesión de Telemed a Medical Transfer Technology (MTT CORP, empresa dedicada a los servicios de Imagenología que en 1999 adquirió el 49% de Telemed), la remodelación de la Unidad de Terapia Intermedia y la instalación de nuevos quirófanos generales.

En 1999 Médica Sur compró a SmithKline Beecham su participación del 36% en el capital del Laboratorio MSB, y también adquirió el área de Patología, tras lo cual su crecimiento no se detuvo: en el año 2000 desarrolló el Centro de Neurociencias para el diagnóstico y tratamiento de padecimientos del sistema nervioso central; se asoció con EIAB Instruments, INC. (empresa sueca que desarrolla equipo de radiocirugía cerebral), lo que permitió la instalación de la Unidad Gamma Knife. Además, se ampliaron las áreas de Terapia Respiratoria, Medicina Física, Banco de Sangre y Almacenes, y se inició el servicio de Terapia Respiratoria a domicilio (Home Care) en asociación con AGA Gas, S.A. de C.V.

Por su parte, el Hospital Ángeles fue creado en 1984 por la cadena norteamericana Humana Inc., que inauguraba su primera cadena hospitalaria en América Latina, y fue adquirido en 1986 por el empresario de muebles de origen gallego, el Sr. Olegario Vázquez Raña. Rápidamente, el Grupo GEA (Grupo Empresarial Ángeles) se transformó en una de las principales redes privadas de hospitales del país, con 13 hospitales y una red de más de 8 500 médicos.

Tanto Médica Sur como el Grupo Empresarial Ángeles constituyen dos consorcios importantes que están apostando en la política de aseguramiento privado y de reversión de cuotas como estrategia de expansión del mercado privado.

Pese al crecimiento del sector privado y a su creciente importancia política, su cobertura continuó siendo limitada, significando alrededor del 2% del total, y como sector prestador de servicios de salud no fue objeto explícito de política que fuera un indicativo de cómo se estaba dando su incorporación al sistema de salud o en términos de definición de estándares de calidad para su actuación.

4.2. EL PROGRAMA DE KUMATE Y SUS PRINCIPALES LÍNEAS DE INTERVENCIÓN: EL RESCATE MINIMALISTA DE LOS POBRES Y DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD CON RECURSOS EXTERNOS

Aunque el gobierno de Salinas puede ser interpretado como de continuidad en relación a la gestión de Miguel de la Madrid, cuyos equipos más cercanos compartían la visión de que los cambios eran irreversibles, sus estrategias políticas fueron otras, quizá debido a problemas de orden coyuntural más que ideológico. El redimensionamiento del sector público continuaría, pero no debía “dejar de atender sus responsabilidades sociales” (Poder Ejecutivo Federal, Plan Nacional de Desarrollo, 1991: 39). Según el propio gobierno, la pobreza extrema había aumentado entre 1981 y 1987, pasando de 19.2 a 21.3% del total de la población, y los grupos en pobreza moderada habían pasado de 25.8 a 29.6% de la población total del país. De acuerdo con información de la CEPAL y del INEGI, entre 1984 y 1989 se observó un incremento anual de la población en pobreza extrema de más del 6.3% anual. Esa misma fuente informa que la población en hogares con nivel de bienestar

superior al intermedio pasó de 41.0 millones en 1984 a 41.3 millones en 1989 y a 47.1 millones en 1992 (CEPAL, 1993: 34).

En el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, se planteó en el área social atender las demandas sociales prioritarias y erradicar la pobreza extrema, y también se anunció la creación de empleos productivos y bien remunerados, la protección al medio ambiente y el Programa Nacional de Salud 1990-1994, y se reconoció la permanencia de los problemas de accesibilidad, financieros y de tipo administrativo que impedían mejorar la calidad de la atención y el mantenimiento y conservación de las unidades de atención. Además, se reconoció la concentración de los servicios especializados y de recursos humanos en los centros urbanos y la necesidad de formar recursos humanos técnicos.

No había duda sobre las dolorosas consecuencias de los programas de estabilización para con la salud. Había un conocimiento y una clara percepción acerca de que la política económica del período anterior, aunada a la de salud, no había contribuido en disminuir la brecha social crónica existente en las condiciones de salud, la cual era urgente mitigar; por lo menos los efectos que había dejado la crisis en los grupos más pobres. Los niveles de bienestar de la población habían decrecido de acuerdo con la CEPAL a una tasa promedio anual de (-) 0.6% entre 1984 y 1989 (CEPAL, 1993: 35).

En los documentos oficiales elaborados durante la gestión del doctor Kumate, se asumió que la salud había sido sacrificada en el período anterior en nombre de las cuentas nacionales, y que la Secretaría de Salud había volcado sus energías sobre los tramos de control, reduciendo “los recursos para atender a una población creciente”, afectando su infraestructura, los recursos humanos y la calidad de los servicios de salud (SSA, 1994: 32). Ese mismo diagnóstico lo vamos a encontrar en publicaciones del PRI.

En consecuencia, se alegó que era visible que “en algunos estados se presentó un estancamiento en su desarrollo social durante la década pasada [que dio prioridad a la estabilidad económica] [...], en ellos se observó un aumento en las desigualdades, con el consecuente impacto en salud”, y por supuesto, un elemento de presión sobre los servicios, en particular cuando éstos no tuvieron ningún crecimiento (SSA, 1994: 79, 227). Asimismo, se alegó que había aumentado la desigualdad, demostrando una relación directa entre el índice de marginación, la situación de salud y la persistencia de “hábitos nocivos a

la salud”, como también se argumentó que la cobertura de vacunación contra padecimientos como la poliomielitis, el sarampión y la tos ferina fue inferior a lo esperado en algunas entidades federativas (SSA, 1994: 205).

Esas asertivas serían confirmadas por la Encuesta Nacional de Vacunación que se realizó entre 1989 y 1990. Los resultados de la Encuesta revelaron una cobertura en niños menores de cinco años de edad por debajo de los niveles de protección recomendados: 74% para la vacuna antipoliomelítica, 67% para la difteria-tétanos-tosferina (DPT), 89% para la antisarampión y 69% para el BCG (Fajardo Ortiz, 2002: 108).

Además, se admitió que la capacidad instalada era insuficiente para atender la demanda de obstetricia, psiquiatría, rehabilitación y odontología, y también, aunque se reconoció que hubo una recuperación en el gasto social equiparable al de 1980, cuando el gasto en salud y seguridad social se ubicó en torno a 3.6% del PIB, no fue suficiente para enfrentar la situación debido a la misma situación de deterioro en la que se encontraban las instituciones del sector, y de pobreza de la población que demandaba muchos más recursos (SSA, 1994: 102). El mismo sector reconoció que hubo una disminución del número de médicos pasantes privando a las zonas más pobres de un recurso humano importante: en 1982 fue de 13 736 pasantes, en 1986 descendió el número a 9 801 y en 1991 llegó a 6 545 (Mora García *et al.*, 1992: 4). En este sentido, en el ámbito del discurso, eran conscientes de que algo había que hacerse más allá de cambiar la legislación y reorganizar administrativamente la Secretaría. Reconocieron que había que formar recursos humanos para el primer y segundo nivel de atención; promover la prevención; ocupar las plazas desocupadas puesto que los programas de control de enfermedades transmitidas por vectores estaban siendo afectados, de modo que enfermedades que habían mantenido niveles estables estaban regresando; enfrentar el deterioro de la infraestructura de servicios para el primer nivel de atención; el rezago tecnológico. Además, reconocieron que había que atender las necesidades del sistema de abastecimiento de insumos, especialmente con medicamentos y material de curación, mejorar su normatividad y procedimientos, así como la vigilancia y el control ambiental (SA, 1989: 41-43).

Sin embargo, el gasto público en salud continuó bajo, y también persistió la segmentación y desigualdad entre regiones y entre instituciones y sectores en relación con

la oferta y calidad de los servicios de salud. De acuerdo con la OCDE (2005: 48) la participación pública en el gasto total en salud fue de 40.4% entre 1991 y 1994. La política dirigida a disminuir las tasas de mortalidad infantil y materna garantizando la continuidad del acceso de ese grupo a determinados servicios persistió. Las principales líneas de acción para mejorar la cobertura de los servicios fueron:

A) Dar prioridad a la atención básica de menor costo para los grupos más necesitados y desarrollar un sistema de información para gestionar mejor los recursos.

A pesar de que en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 se estableció el compromiso de continuar la política de descentralización y fortalecer los sistemas locales de salud (SILOS), la descentralización fue interrumpida, y lo que se buscaba hacer para mejorar la cobertura no cambió en relación con el período anterior, lo cual era muy poco: la intención era la de rehabilitar la red local y dotarla de los equipos mínimos indispensables, y, por otro lado, mejorar la gestión mediante la creación de un sistema nacional de información.

La atención básica a través de pobres centros de salud continuó siendo el recurso más importante para mejorar la atención de la población rural, al lado del desarrollo de un sistema nacional de información en salud, instrumento considerado como importante para conocer el perfil epidemiológico de la población, mejorar la productividad de los trabajadores y tomar la decisión de en qué dirección se debía actuar. Asimismo, se dio continuidad a la política de disminución de la fecundidad y se continuó hablando de la importancia del autocuidado y de la necesidad de promover cambios en los estilos de vida. Es decir, que el blanco de las políticas de salud siguió siendo el mismo del período anterior: “niños y mujeres primero”, después los marginados, esto es, la población indígena y la de las zonas rurales, y, en seguida, los más rezagados, lo que implicaba privilegiar a los Estados más pobres (SSA, 1994: 320).

Los recursos principales eran: las campañas de vacunación, que se universalizaron por primera vez y fueron apoyadas con la creación, en 1991, del Consejo Nacional de Vacunación, con el claro propósito de acabar con el rezago identificado en la Encuesta de Cobertura de Vacunación; la planificación familiar; el suero para hidratación oral; los agentes de salud comunitarios y la propia población. Hasta ahora ninguna novedad.

Al igual que en el período anterior, los programas definidos como prioritarios fueron: a) planificación familiar para, a través de la disminución del crecimiento de la población, “mejorar la atención y aliviar rezagos en todos los campos” (SSA, 1994: 320), y b) atención materno-infantil como parte de los compromisos ante la Cumbre Mundial de la Infancia de reducir a la mitad la mortalidad infantil, preescolar y materna. Según la información del PNUD, la mortalidad infantil de niños menores de 5 años de edad pasó de 46 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos en 1990, a 29 en 2001, llegando a 21 en 2002 (OCDE, 2005: 20), en tanto que países con un desarrollo similar al de México redujeron esa tasa de 52 defunciones a 38 por cada 1 000 nacidos vivos en los años de referencia (Oficina del Alto Comisionado de la Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México, 2004: 92). De cualquier modo, se reconoció que esa disminución fue posible a través de la universalidad de los programas de vacunación y del programa de control de las diarreas con el uso del suero oral.

B) Planteamiento del autocuidado en el nivel del discurso como estrategia para enfrentar las enfermedades crónico-degenerativas: individualización de la prevención.

Para enfrentar las enfermedades y sus padecimientos, el autocuidado fue reivindicado como estrategia de salud pública para mejorar las condiciones de salud y enfrentar las enfermedades crónico-degenerativas, así como para reorientar “el financiamiento para abatir los costos en la atención y priorizando el gasto en los programas preventivos de menor complejidad y costo y de mayor efectividad” (SSA, 1994: 102). Eso porque se consideraba que los problemas de salud pública que enfrentaba México “dependen de la conducta personal, del estilo de vida, de tener o no una cultura de la salud” (SSA, 1989: 25).

En este sentido, el auto cuidado y los cambios en el estilo de vida, en el ámbito del discurso, fueron definidos como estrategias educativas de ámbito individual para enfrentar los padecimientos crónico-degenerativos y mejorar la salud de la madre y de los niños. Se argumentó que esas estrategias no sacrificaban la eficacia y la efectividad, y que eran eficientes e igualmente aceptables por los usuarios. Frente a las enfermedades infecciosas y parasitarias, que tienen su condicionante-acompañante, la desnutrición, se consideró que

“se ha resuelto o pueden resolverse en la medida como las madres de los niños y los adultos hayan tomado o tomen conciencia del valor de involucrarse y participar en el cuidado de su salud” (SSA, 1989: 2).

La instrumentalización de esa estrategia de responsabilidad individual para con la salud se hizo en dos direcciones: una que buscó proporcionar a las madres información sobre las enfermedades, y otra que buscó motivar a las personas involucradas en el cuidado de la salud a tener una cultura de la salud. La Encuesta Nacional de Salud de 1987, que obtuvo respuesta a más de 45 000 cuestionarios, fue usada como un insumo que “ofrece información sobre los modos de vida, las enfermedades más frecuentes, las fuentes de información, los accidentes, las adicciones y los recursos habituales para resolver los problemas de salud de la población en México” (SSA, 1989: 11). Uno de los blancos de las campañas fueron, en especial, las madres, definidas como “amas de casa” y tratadas como la mejor inversión en materia de salud dado que ellas “tienen a su cargo las acciones fundamentales para la salud de la familia, como la preparación de los alimentos, la higiene del hogar, la educación de los hijos, la atención de los miembros enfermos de la familia, la regulación de la fertilidad” (SSA, 1989: 18).

Bajo ese enfoque se llevó a cabo un programa específico dirigido a la familia: “Salud Familiar: La salud empieza por casa”, que contó con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Dicho programa ofrecía información dirigida “a reforzar las conductas y comportamientos intrafamiliares que contribuyan a planear el tamaño y estructura de la familia, a evitar los riesgos para la salud en materia de alimentación, educación, relaciones humanas y trabajo, el aprecio por la salud de los niños, la valoración de la mujer, la conciencia ecológica y la cultura de la salud” (SSA, 1989: 11).

C) Programa de Apoyo a los Servicios de Salud a la Población Abierta (PASSPA): acceso selectivo y atención focalizada a los grupos en extrema pobreza.

Otro programa importante que se llevó a cabo y que tendía a atender las desigualdades en salud y los estragos provocados por la política económica fue el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud a la Población Abierta (PASSPA). Ese programa estuvo financiado en parte con recursos de crédito externo, producto del préstamo suscrito en 1991

con el Banco Mundial, cuya negociación se inició en 1987, durante el período del doctor Soberón, y se prolongó hasta noviembre de 1989. También en el programa Solidaridad se insertó el componente salud, agregando una proporción importante de recursos de crédito externo.

Estos Programas fueron parte de una nueva dinámica para resolver los problemas de pobreza a través de la focalización en grupos de extrema pobreza con base en criterios específicos de necesidades de salud y de recursos financieros factibles, en su mayor parte obtenidos de préstamos del Banco Mundial a través del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, y con una pequeña participación del gobierno federal y de los Estados. El monto total de recursos para el PASSPA fue de 250 millones de dólares para ser ejercidos entre enero de 1991 y diciembre de 1995 en cuatro de los Estados más pobres del país: Chiapas, Hidalgo, Guerrero y Oaxaca. La participación del Banco ascendió a 72% del total y el gobierno mexicano participó con 28%.

De acuerdo con Gómez-Dantés y colaboradores (1999), el PASSPA fue parte integral del paquete de ajuste estructural que el Banco Mundial otorgó a México. Para administrar este programa se creó la Unidad Coordinadora de Programa, cuyo titular era el Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández, que estaba bajo la responsabilidad de la Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo de la Secretaría de Salud, cuyo titular era el Dr. Jaime Sepúlveda Amor, quien, en un principio, participó en el gabinete al frente de la Dirección General de Epidemiología.³⁸

El PASSPA también representó el inicio de una tendencia de atender los graves problemas de salud pública a través de recursos externos que ofrecían un paquete cerrado de servicios que no eran definidos a partir de la demanda de los beneficiarios potenciales, sino por grupos técnicos del gobierno y de los organismos internacionales financieros. El proyecto contempló dos componentes: uno que pretendía fortalecer la capacidad operativa de las unidades de atención a la salud, a través de la provisión de recursos humanos, la

³⁸ El equipo del Dr. Jaime Sepúlveda Amor estuvo compuesto por los siguientes directivos: el prof. Mario Bronfman (en la Coordinación Sectorial e Internacional), el Dr. Gustavo Olaiz Fernández (en Estadística, Información y Evaluación), el Dr. Roberto Tapia Conyer (en Epidemiología), el Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández (en el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta-Solidaridad-SSA), el Dr. José Luis Valdespino Gómez (del Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica “Manuel Martínez Báez”). Algunos de los miembros de su equipo lo siguieron en la dirección del INSP.

construcción, rehabilitación y equipamiento de infraestructura de salud para garantizar la entrega de la atención básica en salud y la ayuda nutricional a 13 millones de personas no aseguradas y en situación de pobreza extrema. Mientras que el otro componente era de desarrollo institucional. Eso significó que 41.87% de los recursos existentes fue para el pago de salarios; 19.66% para obra civil, y también se gastó en la compra de vehículos, mobiliario, equipo, asistencia técnica, gasto de operación, abastecimiento médico y de oficina y desarrollo de recursos humanos.

Ese Programa fue evaluado por un equipo de investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública conforme a lo solicitado por la SSA bajo la consideración de que ese grupo era independiente de ésta. La mayor parte de la evaluación se hizo a partir de la información proporcionada por los Programas y muchas veces no contó con la colaboración de las autoridades responsables de ellos. Además, como la evaluación detectó un mal uso de recursos y una serie de problemas con serias consecuencias para las autoridades responsables, la dirección de la Secretaría de Salud prohibió la circulación del documento. Tuvimos acceso, cinco años después, a una versión mutilada y censurada que gentilmente nos cedió el Coordinador de la Evaluación, el Dr. Octavio Gómez-Dantés.³⁹ En dicho Documento se evaluó críticamente el PASSPA y no se recomendó su renovación bajo las condiciones en que había sido realizado. Asimismo, se consideró que la posibilidad de que las actividades heredadas por el PASSPA resultaran sustentables dependería, fundamentalmente, de la capacidad del gobierno federal para mantener el salario de las 5 464 plazas creadas. En 1996 esas plazas fueron integradas al presupuesto federal obligatorio de los Estados PASSPA.

De igual forma, se reconoció que el Programa permitió paliar algunas necesidades sanitarias impostergables al ampliar la cobertura en un 61% respecto de la población potencialmente cubierta en 1990. Sin embargo, la utilización de los servicios se mantuvo baja y estable en los Estados PASSPA en comparación con otras regiones del país, según conclusión de los evaluadores, debido a la falta de abasto de medicamentos, de

³⁹ Véase Gómez-Dantés *et al.*, 1999. Evaluación de programa de salud para población no asegurada, en *Saúde Pública*, 33 (4): 401-412.

disponibilidad de equipo médico básico, de promoción de servicios y, en algunas unidades, en la ausencia de personal médico y de enfermería.

Por otra parte, los evaluadores reconocieron que el gobierno federal debía seguir proporcionando los recursos para permitir a los Estados cubrir el costo del mantenimiento a las obras nuevas y rehabilitadas, del combustible y servicio de los vehículos nuevos, los viáticos para supervisión y los medicamentos para las unidades médicas para no revertir los pocos resultados positivos logrados. Se consideró que, de acuerdo con el presupuesto autorizado en 1996, el gasto para medicamentos y gasolina estaba cubierto en Chiapas, Hidalgo y Oaxaca; Chiapas y Oaxaca podrían cubrir gastos de mantenimiento de la obra nueva y parte de la rehabilitada, así como los viáticos y el mantenimiento de los vehículos.

En relación con la eficiencia en la focalización de la inversión, la evaluación en cuestión consideró que, si intentó atender a quienes más lo necesitaban –proporcionando un bien básico y procurando estar en las áreas más pobres–, también reconoció que es cierto que le resultaba muy costoso al programa distinguir grados de pobreza dentro del grupo de beneficiarios. Guerrero fue un estado en donde las intervenciones del PASSPA no resultaron eficientes para las regiones más pobres, igual que en Hidalgo y en Oaxaca. Sin embargo, reconocieron que en Chiapas, el estado más pobre del país donde 84.7% de su población percibía ingresos menores a dos salarios mínimos, la focalización fue efectiva para la dotación de unidades en zonas con serias carencias económicas. Chiapas fue también el estado que mayor impacto tuvo en el número de personas que dejaron de ser pobres por peso gastado por PASSPA en la dotación de los servicios, aunque no todas las unidades del estado presentaron resultados exitosos.

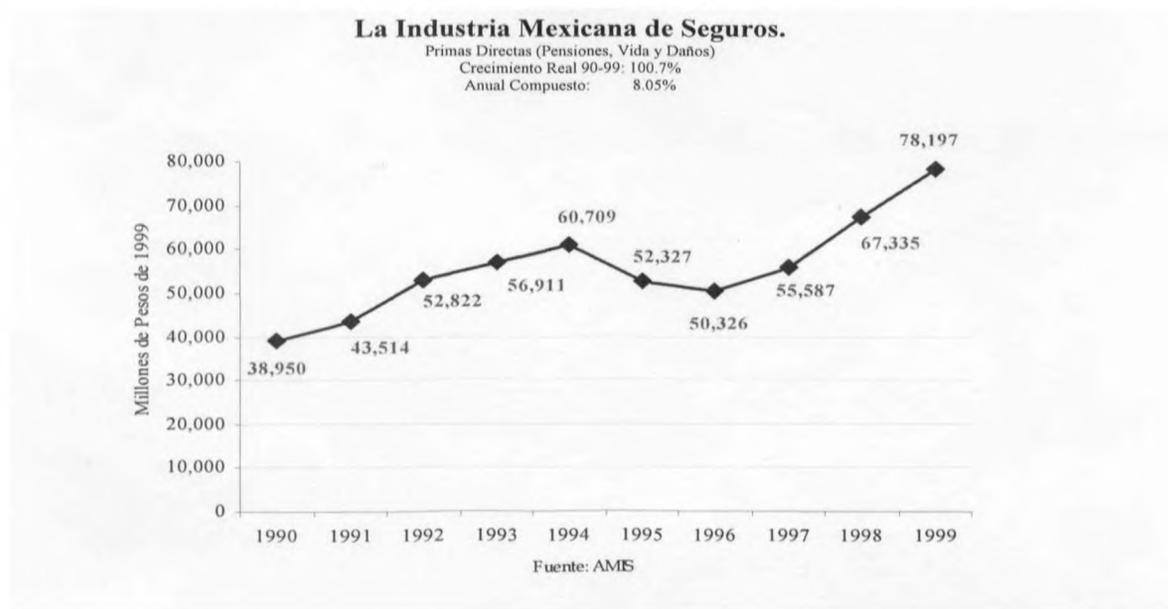
2. LEGADO DEL DOCTOR KUMATE PARA EL ACCESO Y COBERTURA A LOS SERVICIOS DE SALUD

El paso del Dr. Kumate como Secretario de Salud representó la combinación de la visión médica salubrista preventiva que favorecía las acciones de inmunización y vacunas para el control de las enfermedades infecciosas sobre las medidas sociales, con las nuevas visiones de prevención individual basada en riesgos individuales frente a las enfermedades crónico-degenerativas y la entrada de dinero nuevo a través del financiamiento del Banco Mundial

(PASSPA) para garantizar el acceso de los más necesitados a un paquete de servicios básicos al tiempo en que se daba las condiciones para el inicio de la expansión de los mercados de salud y del capital financiero asegurador.

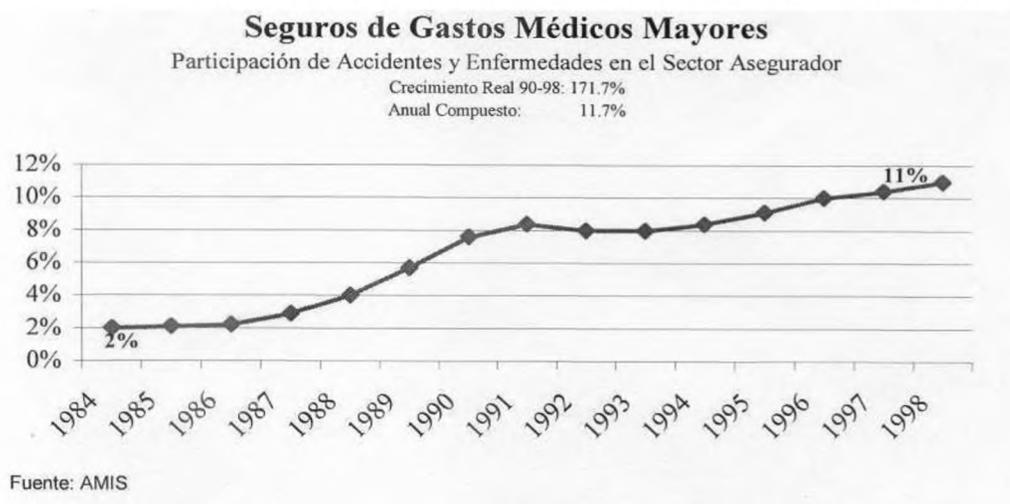
La interrupción de la descentralización y de cambios institucionales-organizacionales en dirección a un sistema mixto en un contexto de liberalización y crecimiento de la actividad privada en el sector salud hizo que creciera el reclamo por una política de Estado para el sector salud. Entre 1990 y 1994, la industria mexicana de seguros debía haber crecido más conforme lo esperaban los sectores que apostaron en el TLCN; aunque hubo un crecimiento relativo debido al incremento de los costos de los cuidados de salud, en particular los gastos en medicamentos y en hospitales, que por el aumento del mercado, como se puede comprobar en los cuadros 1 y 2. Se calcula que los seguros de gastos médicos mayores cubrían al 2.86% de la población mexicana.

TABLA 3: LA INDUSTRIA DE SEGUROS EN MÉXICO (1990-1999)



De acuerdo con información manejada por INCAE,⁴⁰ la penetración de la industria de aseguramiento medido como el valor de las primas como % del PIB es relativamente inferior en México al registrado, por ejemplo, en Argentina o Brasil. México obtuvo 1.52%, Argentina 2.09%, Brasil 2.15% y Chile 3.39% (Fuente: SIGMMA-SWISS Re, datos de 1998, *apud* INCAE, s/f: 13).

TABLA 4: SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS MAYORES (1984-1998)



Este reducido tamaño relativo del sector asegurador fue interpretado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) como resultado de “la falta de estímulos al sector y a la limitada participación [del mecanismo de reversión de cuotas] en la Seguridad Social en México” (INCAE, s/f: 13), sin desconocer el problema de los bajos ingresos de las familias mexicanas.

A su vez, la Fundación Mexicana para la Salud, creada por Soberón al final de su período en la Secretaría de Salud (Funsalud), venía discutiendo una propuesta centrada en la introducción de mercados en el sector salud y la necesidad de regular el mercado

⁴⁰ INCAE es una institución multinacional privada de enseñanza superior con sede en Costa Rica que, sin fines de lucro, se dedica a la docencia e investigación en el campo de la administración y la economía para, desde una perspectiva mundial, entrenar y formar individuos capaces de asumir los más altos cargos gerenciales a nivel latinoamericano. Fue fundada en 1964 por iniciativa de la comunidad empresarial y los gobiernos de Centroamérica; desde entonces y hasta la fecha, cuenta con la asesoría de la Escuela de Negocios de la Universidad de Harvard.

emergente de los “HMO” (*Health Maintenance Organizations*) como parte de una estrategia de reorganización sectorial para dar una respuesta al problema del acceso. También las organizaciones empresariales, particularmente la Coparmex y el Consejo Coordinador Empresarial y el sector de las aseguradoras, estaban atentas a la cuestión del déficit de la seguridad social y del sector financiero y a la reforma de Chile con la creación de los fondos privados de seguridad social, y con la posibilidad de expandir los seguros de gastos médicos mayores, en expansión desde 1984, y, por supuesto, el propio partido del presidente electo.

Al lado del interés por el crecimiento del sector privado persistía la preocupación en torno a la insuficiencia de los recursos presupuestales del sector, a la calidad de los servicios prestados, a la inequidad en la distribución de los recursos, al alto gasto de bolsillo y a los resultados de las políticas llevadas a cabo sobre el acceso y las condiciones de salud de la población pobre y en extrema pobreza. En 1990, la participación pública en el gasto total en salud fue de 40.4%, y el gasto en salud como proporción del PIB fue de 4.8% por debajo de muchos países de la región (OCDE, 2005: 33 y 48). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (citada por Fundación Mexicana Cambio XXI, 1994: 13) más de 400 000 familias mexicanas habían experimentado en 1992 gastos catastróficos por razones de salud poniendo en riesgo la satisfacción de otras necesidades básicas. La Fundación citada también hace referencia a la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud que registró que sólo 13% de las personas mayores de 18 años de edad opinó que el actual sistema de salud funcionaba bien.

La Fundación Mexicana Cambio XXI, vinculada al PRI, y cuyo presidente era el Dr. José Narro Robles, dio a conocer en 1993 la propuesta “Gestión moderna y participativa en salud: postulados para el nuevo siglo,” que contó con la coordinación de Manuel Ruiz de Chávez y la colaboración de Manuel Vázquez Valdés y de José Rodríguez Domínguez, quienes reclamaban la presencia de la salud y de la seguridad social en las pautas del desarrollo, así como del combate a las enfermedades ligadas a la pobreza, la cobertura universal, la mejoría en los salarios y el desempeño del personal del sector, la descentralización y el financiamiento sostenido mediante la participación del sector privado de aseguramiento.

En dicho Documento, el PRI se pronunció, entre muchas cosas, por lo siguiente:

a) el liderazgo de la salud en el desarrollo social; b) el crecimiento demográfico armónico con fácil acceso a los servicios de planificación familiar; c) el estímulo a la participación del sector privado a través del desarrollo de micro empresas en salud, del desarrollo y fortalecimiento de la industria quimicofarmacéutica del país, de organizaciones prestadoras de servicios privados para que establecieran nuevos esquemas de pago, de la adquisición de insumos médicos para aprovechar la capacidad instalada y de apoyar la iniciativa privada para que asumiera claramente la responsabilidad de ofrecer servicios de calidad para un mayor sector de la población; d) la descentralización y desconcentración de servicios de salud; e) el financiamiento sostenido y equitativo, previendo, entre otras medidas de racionalidad y equidad en el uso de los recursos, el establecimiento de cuotas de recuperación y el desarrollo de mecanismos financieros alternos; f) programas preventivos y acciones prioritarias para mantener la erradicación de la poliomielitis y la eliminación de la tosferina, la difteria y el tétanos como problemas de salud pública, erradicar el sarampión, eliminar el tétanos neonatal y mejorar de forma radical el parto domiciliario en el medio rural; control del paludismo, erradicación de la oncocercosis, la transmisión de la lepra, abatir el dengue, intensificar la lucha contra la tuberculosis, erradicar la rabia en humanos, intensificar la prevención del cáncer cervico uterino y el mamario, estrategias para un mayor impacto contra el SIDA e infecciones de transmisión sexual y acciones contra el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad; y g) atención prioritaria a zonas y grupos en condiciones críticas a través de la ampliación de cobertura para los grupos aún no protegidos, cuya situación de marginalidad limita su incorporación al desarrollo; ampliar el acceso a los servicios de salud para los núcleos de población en zonas indígenas, áreas rurales dispersas y urbanas populares.

En 1994 la Fundación Cambio XXI publicó el libro “Retos y Propuestas: Salud y Seguridad Social”, que fue el resultado de las reuniones de campaña, y cuyo editor fue Juan Ramón de La Fuente; como colaboradores apareció un conjunto de nombres que expresan la amplitud de la militancia priísta en el sector salud y de las relaciones entre los especialistas, organizaciones sociales, grupos políticos y el sector privado interesados en obtener cargos en el gobierno. Encontramos ahí a Blanca Rico Galindo, feminista vinculada

con organizaciones civiles de defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, Misael Uribe, Presidente de la Fundación Clínica Médica Sur y a Julio Frenk de Funsalud, sólo para dar un ejemplo de la diversidad de los participantes y la amplitud de las alianzas construidas a partir del PRI.

En dicho libro se pueden encontrar como propuestas operativas la operación horizontal del sistema de salud con base en la separación de funciones como estrategia de reorganización de los servicios de salud, la descentralización, la ampliación del mercado de bienes y servicios para la salud con la intención de crear un mercado más amplio de servicios de salud en un marco de un modelo mixto con la participación de las aseguradoras privadas, el paquete de servicios esenciales y la propuesta de un programa emergente para grupos vulnerables, la creación de un servicio civil de carrera, la certificación de profesionales y la acreditación de instituciones.

En otras palabras, el bajo desempeño del sector continuaba preocupando a la clase política, lo mismo los reclamos de los grupos interesados en una mayor apertura del sector para el capital privado, lo que no quiere decir que había un consenso en torno a la dimensión de los cambios ni en torno a los instrumentos para la implantación de éstos, y, menos aún, en relación con el formato que debía tomar el sector.

6. LA BRECHA EN LOS INDICADORES DE SALUD: AVANCES, RETROCESOS Y DESAFÍOS FRENTE A LA DESIGUALDAD EN EL ACCESO Y EN LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El acceso y la calidad de las instalaciones y de los servicios que llegan a las comunidades son determinantes para prevenir y/o disminuir la carga de las enfermedades, en particular en contextos de exclusión social, pobreza, desigualdad social, discriminación y desempleo. Esa es una verdad incontestable.

En la década de 1980 el gobierno mexicano dio inicio a un programa de reorganización económica que implicó tanto la disminución de los recursos públicos para el sector social como un aumento en el rezago social. Frente a esa situación, que también tuvo sus consecuencias políticas, como resultado de las presiones sociales se observó en el inicio de los noventa un incipiente proceso de reactivación económica que se reflejó en un

aumento relativo del Producto Interno Bruto y del gasto social. De un PIB estacando con un crecimiento promedio anual de 1.6% en la década de los ochenta, en los años noventa creció en términos reales: 4.4% en 1990, 3.6% en 1991, 2.7% en 1992 y 1.1 % en 1993, aunque la renta media de los mexicanos había aumentado solamente un 15% respecto a los días anteriores al TLCN. A su vez, mientras que el gasto social decreció en términos reales a una tasa negativa promedio anual de 0.5%, en la década de los noventa la tendencia revertió un poco, llegando a un promedio anual de 16%, aumentando también los gastos en salud y en seguridad social (SSA, 1994: 15).

Si bien el gobierno se vio forzado a remediar las consecuencias negativas de la política macroeconómica junto a la población empobrecida fortaleciendo determinadas acciones de salud pública, tales como la vacunación, la hidratación oral y la planificación familiar en los estados más pobres y en sus zonas rurales, ni la recuperación en el crecimiento y del gasto social fueron suficientes para revertir la situación estructural de desigualdad frente a la enfermedad y los servicios de salud. De modo que, pese el esfuerzo del equipo del Dr. Kumate de bajar los índices de mortalidad infantil y materna, se mantuvieron dentro de las primeras causas de defunción de la población infantil y preescolar las de carácter infecto-contagioso, incluyendo la neumonía y la influenza, las intestinales, respiratorias agudas y la septicemia (SSA, 1994: 33). En relación a la mortalidad materna, los indicadores presentaron una disminución muy pequeña en el inicio de 1991 en relación a la década de 1980, período en que se mantuvo constante. En 1991 alcanzó una tasa de 5.1 fallecimientos maternos por cada 10 000 nvr (SSA, 1994: 59).

También se mantuvieron las diferencias regionales en ambas situaciones: la mortalidad infantil en el centro del país fue de 23.4 mayor que el promedio nacional, y en las zonas sur (13.2) y norte (14.3) se registraron cifras menores a la nacional. Incluso, fue desigual el decremento: la zona centro y norte tuvieron un decremento de 19.6% y 18.3%, y la sur de 29.8% (SSA, 1994: 34). En relación a la muerte materna, en los estados del norte el promedio fue de 2.2 defunciones por 10 000 nvr, en los del centro de 5.6 y en los del sur de 6.0. Los principales motivos de esas muertes fueron causas obstétricas resultantes de complicaciones durante el estado de embarazo o de intervenciones u omisiones

relacionadas con el mismo (SSA, 1994: 59-60). Es decir, la falta de acceso a los servicios de salud de buena calidad y de forma oportuna.

El recorrido realizado en ese lapso de tiempo (1982-1994), que cubre dos períodos de gobierno, empezó con el ambicioso programa de reforma del gobierno federal que propuso garantizar el derecho de todos a la protección de la salud a través de servicios de buena calidad. Esa reforma que proponía un fortalecimiento de la Secretaría de Salud como cabeza de sector mediante una reorganización institucional en base a seis estrategias (sectorización, descentralización, modernización administrativa, coordinación y participación comunitaria) se paralizó en el sexenio siguiente y la política de salud nunca más tuvo que desempeñar el papel de “ambulancia de la economía”.

El freno al proceso de descentralización y de construcción de la autoridad sanitaria como cabeza de sector responsable de garantizar el derecho a la protección a la salud nos ayudan, a su vez, a percibir la distancia entre lo proyectado y lo logrado, y, lo más importante, ayudan a comprender el lugar que la salud estaba ocupando en la política económica y por qué persistía el verticalismo, el centralismo y los arreglos corporativos que han dado sustento político a las formas de acceso diferenciadas al sistema público.

Para la población pobre, en dos períodos de gobierno analizados, se promovió lo que siempre se había promovido: acciones básicas de salud, de bajo costo, donde estaba prevista la planificación familiar y la vacunación para disminuir, principalmente, las muertes infantiles y maternas, lo mismo cuando los datos epidemiológicos indicaban la presencia de las enfermedades crónico-degenerativas también en la población pobre. De tal modo que el sector público no necesitó de un mayor recurso fiscal; había que recuperar los niveles de antes de la década de 1980.

Esa perspectiva permitió observar que, si bien el proyecto del “Cambio Estructural” surgió cuestionando y vinculando la fragmentación con la falta de equidad existente en el sector, como también el verticalismo y el uso político de la política de salud por los grupos de interés, y la necesidad de promover una sociedad más responsable del bienestar con la participación del individuo, del sector privado y social y de otros niveles de gobierno, en la práctica, las condiciones sociales y políticas no fueron creadas para hacer realidad lo propuesto.

El rasgo novedoso se dio por el fortalecimiento de los intereses privados en el sector, y, en particular, se observó que fue consecuencia más de la política económica que de la de salud, si bien se reconoció como parte del Sistema Nacional de Salud en la Ley General de Salud; también por el financiamiento del Banco Mundial (PASSPA) para hacer frente al recorte de presupuesto y el deterioro de los servicios de salud en cinco estados empobrecidos por la política económica, y por mejorar la cobertura no en términos de ampliar las prestaciones de salud, sino para hacer lo que siempre se hizo en la población pobre: dar atención básica mediante agentes comunitarios de la propia comunidad.

CAPÍTULO 5

EL GRUPO DEL DR. SOBERÓN Y LA REDEFINICIÓN DEL SALUBRISMO EN FUNCIÓN DE LOS INTERESES DEL SECTOR PRIVADO

El Dr. Soberón y su grupo como promotores del primer intento de reforma del sector salud en el inicio de la década de los ochenta, tenían razones suficientes para pensar que los cambios en la organización del sistema de salud debían continuar. El reto que se les presentaba consistía en hacer un uso oportuno de las circunstancias que se planteaban para consolidar posiciones de poder en el sector que les permitiera influir en la dirección de los cambios.

En consecuencia, pretendo mostrar cómo se formó un grupo de presión desde el campo profesional, cuáles fueron las motivaciones e intereses que hicieron posible que un conjunto de individuos se comprometiera con una organización, la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) y trabajara para ella, para una determinada concepción de reforma y para sí mismos. Me propongo demostrar que los protagonistas de este grupo emprendieron una lucha abierta en pro de una reforma en diversos ámbitos, tanto nacional como internacional, y pretendo vincular tanto el proceso de formación de un colectivo profesional en torno a un determinado marco conceptual de la salud pública como la creación de la Fundación Mexicana para la Salud con el proyecto de reforma del sector privado.

En este sentido, el presente capítulo está estructurado en torno a las estrategias desplegadas que permitieron la conformación de ese grupo: una en el ámbito profesional-científico y la otra en el ámbito socio-político. La intención es reconstruir, a través de la información empírica, los eventos a través de los cuales se fue elaborando el proyecto científico de ese grupo, y vincular la propuesta de una “nueva salud pública” con el marco ideológico de la reforma pro mercado incentivado y legitimado por el Banco Mundial. Luego, me dedicaré a describir el papel del Dr. Soberón en la conformación de Funsalud y el traslape del equipo académico para esa institución, la cual buscó, desde la sociedad,

influir en la toma de decisiones del sector como expresión de los intereses del sector privado, y, por supuesto, en la dinámica de la reforma.

1. LA OPORTUNIDAD HISTÓRICA PARA EL FORTALECIMIENTO DEL GRUPO DE PODER DEL DR. SOBERÓN

1.1. LA FORMACIÓN DE UN GRUPO DE APOYO EN EL ÁMBITO PROFESIONAL DESDE EL GOBIERNO: LA “NUEVA SALUD PÚBLICA” Y LA CONSOLIDACIÓN DE UN GRUPO PROFESIONAL EN TORNO A UN CONJUNTO PARTICULAR DE PROBLEMAS

La llegada del doctor Soberón a la Secretaría de Salud en 1982, con su propuesta de “Cambio Estructural”, reforzó esta visión y al propio grupo, compuesto en su mayoría por especialistas de la UNAM, y el cual venía siendo gestado desde la década de los setenta en torno a la reivindicación de una mayor presencia de los investigadores en la toma de decisiones en salud para garantizar una gestión profesional-racional y así dar respuesta a las necesidades en salud y asegurar y preservar el orden social. Asimismo, permitió al Dr. Soberón: a) asentar las bases para ser la cabeza de ese grupo, haciéndolo responsable de abrir espacios institucionales para sus colaboradores, permitiendo la entrada de una elite un poco distinta de la dominante en el sector, con vínculos renovados con el sector empresarial; b) auspiciar la formación de nuevos líderes para el grupo capaces de dar continuidad a los cambios iniciados; c) garantizar la continuidad del propio grupo como una fuerza política capaz de influir en la política de salud en nombre de determinados intereses, y d) gestar las condiciones institucionales para la producción de un conocimiento con el cual alimentar los proyectos técnico-asistenciales de reforma que se constituirían en la plataforma político-ideológica para determinados sectores sociales vinculados con los intereses del sector privado.

Como ya se dijo, una de las tareas de ese grupo de profesionales fue la de demostrar que lo propuesto en el proyecto de reforma tenía una base científica, objetiva y sistematizada a partir de un nuevo marco conceptual, el de la “nueva salud pública”, distinta de la dominante, que confería confiabilidad y neutralidad a los esfuerzos gubernamentales emprendidos ya fuera en el ámbito de la política de salud o en el científico, y de reclutamiento de los funcionarios públicos. De ahí el esfuerzo del Dr.

Soberón, junto con un grupo de jóvenes investigadores congregados alrededor de los doctores Julio Frenk y Jaime Sepúlveda Amor, muchos de la UNAM y protegidos por el Dr. Laguna, para consolidar un grupo de profesionales en torno a un conjunto determinado de problemas, capaces de generar el conocimiento que aportara racionalidad en los esfuerzos gubernamentales y proyectarlos en el sector como especialistas capacitados para producir la información requerida para la toma de decisión y, así, ocupar el lugar de los salubristas tradicionales formados en la propia Secretaría o en la Escuela de Salud Pública.

En un primer momento, la legitimidad científica constituyó la clave de poder a través de la cual el grupo buscaba ser reconocido por la comunidad biomédica nacional, articulándose con los tomadores de decisiones nacionales e internacionales y con la comunidad internacional vinculada a los centros de poder, y participar en la toma de decisiones más allá del ámbito técnico-científico.

Para albergarlos y que fuera posible desarrollar ese proyecto, el Dr. Soberón creó el 20 de agosto de 1984, en la Secretaría de Salud, el Centro de Investigación en Salud Pública, que se ubicó, primero, en la Subsecretaría de Investigación y Desarrollo, que en aquel entonces era dirigida por el doctor Laguna, y a la cual estaba adscrita también la Escuela de Salud Pública de México (Frenk, M. J., 1991). En 1985, el Centro pasó a ser parte de la Subsecretaría de Regulación Sanitaria y Desarrollo, entonces dirigida por el Dr. Jaime Martuscelli Quintana, también colaborador del doctor Soberón desde los tiempos de la UNAM. El Centro inició sus trabajos con 12 plazas (INSP, 1992: 11; INSP, 1987: 41). El Dr. Soberón fue, desde su inicio, la autoridad máxima del Centro porque era él quien presidía su Consejo Interno junto con la alta planta directiva de la Secretaría. El Consejo tenía la función de nombrar al director del Centro, definir las políticas generales, las metas de éste y aprobar el presupuesto, los programas de investigación, definir las necesidades de investigación y los mecanismos para aplicar los resultados de las investigaciones en la solución de problemas y aprobar informes.

Su primer director fue el médico-salubrista Julio Frenk Mora, quien estaba terminando su doctorado en Organización de la Atención Médica y en Sociología, en Michigan, bajo la dirección de Avedis Donabedian. José Luis Bobadilla era el Subdirector del área de Investigación en Necesidades de Salud. Luego se incorporó Enrique Ruelas

Barajas para responder por la Subdirección de Investigación en Sistemas de Salud. Este Centro funcionó hasta 1987, cuando formó, con otro Centro surgido durante el mismo período en la Secretaría de Salud, el Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas, y éstos, a su vez, junto con la Escuela de Salud Pública entonces dirigida por el Dr. Domínguez, formaron el Instituto Nacional de Salud Pública. La creación de este último también necesitó de la habilidad del doctor Soberón y de sus operadores políticos para que, en épocas de disminución de los recursos financieros, se pudiera construir una sede para albergar al nuevo Instituto.

Este Centro, junto con los de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas y el de Desarrollo y Aplicaciones Tecnológicas, fue creado en un momento en el que se discutía la necesidad de disminuir el tamaño del sector público para controlar gastos y se revaloraba el mercado como ámbito criador de riqueza y de desarrollos científicos importantes para el sector salud. Había que tener una justificación con la que escudar su creación debido a que ya existía una Escuela de Salud Pública vinculada con la Secretaría, creada en 1922, para formar los cuadros profesionales y técnicos indispensables para los programas de salud en los diversos estados de la República, y, desde 1939, un Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (ISET). Una clara duplicación de funciones y recursos era difícil de justificar, pues sólo podía ser creada “a escondidas” de acuerdo con el Dr. Soberón (Soberón G., 1997), y gracias a la actuación de Francisco Ruiz Massieu, quien gestionó ante el entonces Secretario de Programación y Presupuesto, Carlos Salinas de Gortari, para que se incluyera una partida para el desarrollo de esos Centros (INSP-Funsalud, 1997: 105).

No hay que perder de vista que México pasaba por una fuerte crisis financiera y que había sectores descontentos debido al desempleo, a los recortes de becas y a las restricciones a los investigadores para viajes al extranjero.⁴¹ Además, a partir de 1970 surgieron otros programas de posgrado en salud pública con grados en maestría o especialización en el seno de diversas instituciones académicas para formar cuadros profesionales capaces de planear, organizar y dirigir los servicios, como, por ejemplo, en la Universidad Autónoma de Nuevo León, en la Universidad de Guadalajara y, a principios de

⁴¹ Véase Foro de Consulta popular para la planeación democrática de salud, del 8 de febrero al 14 de marzo de 1983, en *Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia*, México.

los años ochenta, en la Universidad de Veracruz. También surgieron otras iniciativas dirigidas a formar cuadros para la investigación científica en salud pública. Vale recordar la Maestría en Medicina Social de la UAM-Xochimilco, de 1975, y su propuesta crítica a la salud pública vigente; y en la UNAM, la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, que creó, en 1979, la Maestría en Investigación en Servicios de Salud (González, L. M., y Rodríguez-Cabrera, L., 1995). Sin embargo, también eran tiempos de gestar y consolidar en el sector un nuevo grupo comprometido con la racionalidad de la reforma pro mercado.

Desde luego, el proyecto del Centro, al contrario de la propuesta de la medicina social del grupo de la UAM-Xochimilco, compartió, aunque no explícitamente, el ambiente ideológico de mediados de la década de los ochenta, el que, de acuerdo con Luna (2000: 256), se caracterizaba por “campanas de desprestigio hacia las instituciones académicas públicas por los sectores más conservadores del empresariado, quienes veían a las universidades como productoras de conocimiento inútiles”, y que fue secundada por el gobierno en el marco más amplio de la crisis económica y de cambios en el modelo de desarrollo. En efecto, la propuesta fue la de desarrollar un nuevo marco conceptual para la salud pública que permitiera aproximar de las formulaciones que estaban siendo desarrolladas por grupos dentro del Banco Mundial y próximos a Harvard, a través de su reconceptualización (“Nueva Salud Pública”), planteada dentro de una marco de comprensión de la investigación científica como un elemento clave de información e inteligencia para la gestión de los sistemas de salud, el que ordenaba y jerarquizaba las diferentes necesidades y demandas de la sociedad en salud (Salud Pública de México, 1985: 349, INSP, 1992: 18).

En concordancia con la demanda pragmática de los sectores proclives a la disminución del Estado en la conducción del desarrollo, los salubristas próximos al Dr. Soberón entendían que, para hacer de la “Nueva Salud Pública” el referencial analítico sectorial como propuesta alternativa a las existentes, éste debía ser capaz de incorporar la dimensión biológica y social del proceso salud-atención a su modelo explicativo de la enfermedad y reubicar la salud pública en los avances de las ciencias biomédicas. También debía de aportar conocimiento capaz de explicar y contener la crisis del sector bajo una

perspectiva económica-financiera, y que, al mismo tiempo, indicara una salida consistente al dilema de los servicios de salud que tenían que enfrentar la paradoja de que el “deseo de obtener servicios suele ser mayor que los recursos para producirlos” (Frenk, 1977: 27), y coherente con el entorno de apertura del mercado por fuera del Estado, condición para transformar a los ciudadanos en consumidores. Y lo más importante, ese conocimiento debía ser desarrollado por sujetos universales, imparciales y objetivos, independientes de las presiones políticas y económicas que, en su perspectiva, desvirtuaban tanto la investigación como la toma de decisiones.

En consecuencia, la “nueva salud pública” tenía que dejar de ser un ámbito de realización de la política de salud que garantiza los derechos de los ciudadanos para elevarla al estatus de ciencia, cambio importante para la adquisición del lugar de inteligencia que le corresponde a los sistemas de salud, logrando ser reconocida por sus pares como tal. Para ocupar ese lugar, se reconoció que los expertos en salud pública tenían que estar capacitados para generar conocimiento relevante para actuar en los procesos ocurridos en la población y dentro de las organizaciones de atención a la salud, y no sólo restringido a la práctica de la salud pública en la comunidad. Esto es, producir conocimiento para los sistemas de salud en torno a las necesidades en salud de la población, entendidas éstas como las “condiciones de salud que requieren de atención” y que definen la situación de salud de una población (Frenk, 1997: 43). Y también en torno a “las respuestas externas que una sociedad organiza para alterar las condiciones de salud”, y que engloban todos los tipos de servicios, en particular las acciones estructuradas a través del sistema de atención a la salud, pero no la atención en sí misma (Frenk, 1992: 77). Es decir, generar el conocimiento indispensable para una gerencia racional del sistema de salud.

En efecto, una de las tareas de los promotores de la “Nueva salud pública” fue la de redefinir el sector público que, como bien explica Frenk Mora, pasó a expresar el objeto que se procura comprender y sobre el cual se proyecta intervenir como sistema de salud –la dimensión en la población de la enfermedad–, por oposición a la medicina, que cuida del individuo, y de la biomedicina, que investiga en el ámbito intracelular. Esto es, lo público como ámbito de decisión y de acción del Estado donde se procesan e implementan las demandas socialmente sentidas, fue redefinido para ser tratado como el ámbito de análisis

científico y no sólo de acción, referido a la manifestación de la enfermedad en la población cuya acción pasa a ser referida a los sistemas de salud, definidos como respuesta estructurada de la sociedad a los problemas de salud. El ámbito público dejó también de tener la connotación de un conjunto de servicios ofertados en general por el Estado, no privados o preventivos (Frenk, 1992: 76; SSA-CISP, 1985: 28). La “Nueva Salud Pública” produjo conocimiento para el sistema de salud entendido como un conjunto de instituciones entre las cuales las públicas se constituyeron como una de tantas, como una más del conjunto.

La tercera transformación, complementaria de la segunda, consistió en, a partir de una visión sistémica, objetivar la enfermedad, la muerte y la salud individual como fenómenos de la vida que toman expresión en el cuerpo concreto del individuo “en quien se expresan los procesos de enfermedad” (Frenk, 1997: 77-80) a través de una cadena de riesgos. Es decir, la enfermedad y la salud son percibidas como fenómenos de la vida objetivamente demostrables y reconocidos por la biomedicina, multicausales y jerárquicos con diferentes niveles de determinación, y cuyo eslabón final es el individuo. Los límites de ese eslabón, o sea, los factores estructurales, son: la población, el ambiente, la organización social y el genoma. En palabras de Frenk: “todos los fenómenos de salud suceden dentro de una población cuyos miembros tienen una determinada constitución genética y quienes se organizan socialmente para transformar el ambiente” (*ibid.*: 79).

El resultado fue la definición de niveles de salud individuales entendidos como “el resultado del equilibrio entre la exposición a agentes de enfermedades –sociales, biológicos, psicológicos, ecológicos– y la susceptibilidad individual, de lo que resulta una compleja red de riesgos sobre la cual operan también los determinantes biológicos y sociales” (Frenk, 1997: 85). Esos riesgos a los que están expuestos los individuos pueden ser contabilizados y jerarquizados por medio de la epidemiología que estudia la frecuencia, la distribución y los determinantes –el riesgo de enfermar y no la enfermedad misma–, dándoles, por supuesto, un valor económico.

Dentro de ese marco de redefiniciones y de comprensión de la salud pública como ciencia y como práctica en los sistemas de salud a servicios de los que toman decisiones, su papel como ciencia de la salud pasó a ser el de conocer con precisión las necesidades en

salud y su distribución en la población, así como las modalidades idóneas de organización de la atención para hacer sustentables y viables los sistemas de salud. Por consiguiente, la base de utilización primaria del conocimiento generado por la “nueva salud pública”, debería de ser los sistemas de salud.

De ahí se apropiaron de la propuesta, ya en discusión en algunos foros sectoriales de “*investigación con misión*” –cuestión que ya venía siendo planteada por algunos salubristas próximos a la Escuela de Salud Pública–, entendida por ellos como investigación al servicio de los que toman las decisiones, de base operativa, dirigida a mejorar la gestión de los sistemas de salud en su dimensión organizacional, sectorial o sistémica, y repercutir en la salud de la población. En consecuencia, la investigación debía de contemplar aspectos gerenciales de los sistemas de salud, las necesidades en salud de la población y los aspectos epidemiológicos de las enfermedades a través de una visión pragmática dictada por la reforma. También debía ser de calidad y competente, y ese valor tenía que ser medido por la facultad de vincularse al entorno, ya fuera privado o público, para emprender proyectos conjuntos y lograr financiamiento, particularmente, con las agencias internacionales financieras, promotoras de la reforma del sector salud, en combinación con la difusión en revistas extranjeras, editorialmente clasificadas como científicas (Luna, *op. cit.*, 247).

La ambición del grupo fue promover “*investigación con misión*” en un “espacio abierto, ventilado por el flujo de las ideas, donde la atención a los problemas de la población no implique un sacrificio del rigor científico” (INSP, 1987: 36). Eso porque les permitiría construir una imagen pública basada en la competencia, legitimándolos a participar en el proceso de toma de decisión como jueces neutrales que aportan evidencias bajo un entendimiento neo-positivista de la ciencia. Así hablaron de la autonomía del trabajo científico al mismo tiempo que se vinculó la investigación con las necesidades de las autoridades del sector, y propusieron que el rol del trabajo científico era el de generar evidencia científica para la toma de decisiones con el fin de disminuir las incertidumbres (INSP, 1992: 31-35).

Para dar el aval científico a la investigación producida se formó un Comité Consultivo Académico formado por personalidades nacionales y extranjeras del campo de la salud pública, entre ellos los doctores Harvey Fineberg, de la Escuela de Salud Pública

de la Universidad de Harvard, experto en evaluación de tecnología médica; Avedis Donabedian,⁴² de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, sistematizador del campo de la organización de servicios de salud y autoridad mundial en el estudio de la calidad de la atención bajo un modelo normativo de la conducta; Robert Logan,⁴³ profesor emérito de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres, y Henry Mosley, de la Johns Hopkins. Los investigadores nacionales invitados fueron: los doctores Miguel Bustamante, considerado por ellos como uno de los padres de la investigación científica en Salud Pública en México; el secretario general de la UNAM, José Narro, y Roberto Castañón Romo, Director General de Servicios Médicos del Distrito Federal y presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales. Algunos de los invitados extranjeros habían sido maestros de varios de los directivos del Centro y estaban cerca de los centros de poder de decisión y de financiamiento internacional de la política de salud, ubicados en el Banco Mundial, institución en la que algunos de los investigadores de estos centros colaboraban.

Dicho Comité, responsable de avalar la naturaleza científica y de calidad internacional, recomendó como estrategia para conquistar la estabilidad, “concentrarse en un limitado número de problemas de investigación abordables con un número limitado de competencia”. Entre las competencias se destacó “el desarrollo de métodos de análisis cuantitativo que ofrezcan un elemento útil a la toma de decisión” (SA s/f; CISP, 1986: 8). Esa última orientación fue principalmente defendida por el doctor Fineberg, director de la Escuela de Salud Pública de Harvard, quien recomendaba realizarla mediante la “definición de un portafolio de investigación con una mezcla balanceada de proyectos que permitan alcanzar el doble objetivo de excelencia y pertinencia” (SA, s/f: 8).

También se concluyó que la actividad principal del Centro era “la investigación empírica sobre necesidades y sistemas de salud” (SA, s/f: 8), con el propósito de impulsar

⁴² En 1992, el doctor Avedis Donabedian ingresó como Miembro Honorario a la Academia Nacional de Medicina, y su candidatura fue propuesta por los académicos Guillermo Soberón, José Laguna, Juan Somolinos, Jaime Sepúlveda y Julio Frenk. Véase la *Gaceta Médica de México*, noviembre-diciembre, 1992, vol. 128, n° 6.

⁴³ Profesor de la Organización de la Atención Médica de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres, y considerado un experto en la evaluación de servicios para mejorar sus resultados (SA, 1985: 51).

una orientación analítica más rigurosa en la formulación de políticas. En consecuencia, se recomendó que el Centro “debe participar en la enseñanza, pero sin perder su autonomía y sin caer en la educación masiva” y “su contribución más importante será en la formación de investigadores” (SA, s/f: 9).

Dentro del objetivo de asesorar en la toma de decisiones, y para lograr una mayor utilización de los resultados de las investigaciones realizadas en el Centro, se propuso una publicación de carácter distinto de los informes científicos, con un estilo más directo, titulada *Síntesis Ejecutiva*, donde predomina un lenguaje no técnico y se hacen recomendaciones sobre políticas (INSP, 1987: 43). Por otro lado, se les cedió una sección fija, intitulada “Investigación en Sistemas de Salud”, en la tradicional revista Salud Pública de México, editada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Esa sección empezó en 1985 y coincidió con la transferencia de la responsabilidad de la edición de la Revista para la Escuela de Salud Pública de México, entonces dirigida por el Dr. José Rodríguez Domínguez.

Hasta ese momento, como se ha podido ver, estos jóvenes salubristas estaban fuera de la administración pública, definiéndose como científicos-académicos que reclamaban un contacto con la administración por medio de sus credenciales científicas, aunque intermediados por los políticos con los que estaban vinculados y los cuales garantizaban recursos financieros. En ese caso, se diferenciaban no sólo de los salubristas tradicionales, que no negaban sus vínculos políticos ni sus compromisos sociales, sino también del resto del equipo del Secretario, dentro de la dicotomía técnico-científico-política.

2. LA CREACIÓN DEL INSP, UNA NUEVA ETAPA EN EL PROCESO DE INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PROYECTO CIENTÍFICO DE LA NUEVA SALUD PÚBLICA

La creación en 1987, por medio de un Decreto Presidencial, del INSP, fue interpretado por los neosalubristas como un producto del “cambio estructural” propuesto por el doctor Soberón (Frenk, SPM, 1987: 119). En consecuencia, los neosalubristas consideraban que su papel debía de ser el de productor y reproductor de las ideas de la vanguardia que conduciría los cambios en el sector salud, de tal forma que el INSP pudiera ocupar el lugar de agente del cambio y de la modernización que el fin de siglo y el principio del próximo

exigían. Es decir, creían que debía suplir las carencias de conocimiento científico existentes para aprovechar los avances de la revolución biomédica y biotecnológica en el combate a las enfermedades infecciosas, así como generar una masa crítica de investigadores altamente capacitados y proyectar, a través de la investigación epidemiológica y en sistemas de salud, el producto de sus investigaciones hacia la toma más racional de decisiones en el sector salud (Frenk, 1989a).

La nueva institución estuvo compuesta por los diversos núcleos que le dieron origen, y éstos no se mezclaron produciendo una situación de tensión constante, rivalidades y menosprecio de unos para con otros: el Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas, la Escuela de Salud Pública que preserva su nombre y fue incorporada como una unidad académica, cuyo director fue Enrique Ruelas Barajas y, posteriormente, el doctor Carlos Santos-Burgoa (1989-1995), y el Centro de Investigación en Salud Pública, después Dirección en Sistemas de Salud, dirigido por el Dr. Frenk hasta 1992.

En ese marco de división de tareas y *status* y de transformación del INSP en enclave científico de la reforma en un contexto institucional de tensiones, tocó a la Escuela responder por la capacitación técnica-profesionalizante de los salubristas para operar programas en el ámbito local junto a las comunidades; y la Dirección en Sistemas de Salud privilegió la formación de recursos humanos altamente capacitados en la investigación y docencia, dedicados a la producción de la información científica necesaria para el tránsito de un sistema a otro (INSP, 1992: 31). Éstos, que constituirían la elite del INSP, formaron las nuevas generaciones de directivos y gestores, docentes e investigadores preparados para actuar en el nuevo sistema de salud. En el ámbito de la Dirección en Sistemas se crearon maestrías en ciencias y se puso en marcha, con el apoyo de Funsalud y de CONACyT, el programa de “repatriación de cerebros”. Para ese entonces, Soberón ya había creado Funsalud, que actuó también como captadora de recursos para el INSP provenientes del sector privado, público e internacional, cuestión que vamos a ver más adelante.

También se puso en práctica una política agresiva de búsqueda de financiamiento externo por parte de agencias financieras internacionales o de fundaciones privadas. La estrategia fue desarrollar proyectos de investigación dirigidos a la toma de decisiones que resultaran atractivas a quienes daban financiamiento. En 1988, los investigadores del INSP,

según su director, lograron contar con financiamiento externo para 49 proyectos, lo que representó un incremento de 250% respecto al año anterior (Frenk, 1989a: 290). Se estimaba que sólo en el Centro de Investigación en Salud Pública, en 1989, “por cada peso de contribución federal al gasto corriente se obtiene otro por la vía del financiamiento externo” (Bobadilla, J. L. y col., 1989).

Para ese entonces, el CISP ya no era un Centro con un pequeño número de investigadores. Sus investigadores habían logrado obtener financiamiento externo para 41 proyectos, por un monto total de dos millones cuarenta mil dólares estadounidenses (aproximadamente cinco mil millones de pesos mexicanos en 1989). Para 1989, el 65% de los proyectos contaban con financiamiento externo. Eso reflejaba, según la lectura de su director, “la alta calidad de las propuestas, así como el interés de agencias externas por reforzar el apoyo decidido que el Gobierno Mexicano otorga a la investigación en esta área del conocimiento” (INSP: 1989).

En ese mismo año, la *Revista Salud Pública de México* fue puesta bajo el control del INSP. En consecuencia, la *Revista* dejó de ser el espacio donde los salubristas de la SSA publicaban sus experiencias para asumir un espíritu más académico que funcionara también como parte del proyecto de constituirse en un foro internacional difusor de las nuevas tendencias en salud pública. La *Revista* pasó a adoptar criterios más selectivos, con una dirección más médico-epidemiológica en el contenido de los artículos coherente con la visión de ciencia disociada de quien la producía. En el Comité Editorial se incluyó a investigadores de otros países, se adoptaron las normas editoriales internacionales, se hizo una reestructuración de las secciones y la portada⁴⁴ y las páginas interiores fueron rediseñadas.⁴⁵ Asimismo, se creó una sección de rescate de las tradiciones científicas de la salud pública donde se establecía un puente de continuidad entre los salubristas del pasado y ellos.

⁴⁴ Cuando el doctor Soberón se hizo secretario con su proyecto de “Cambio Estructural”, la *Revista* también optó por modificaciones en su portada.

⁴⁵ Véase Editorial firmado por Octavio Gómez-Dantés, editor general de *Salud Pública de México*, en: *Salud Pública de México*, noviembre-diciembre de 1988, vol. 30, n° 6. Gómez Dantés es hoy jefe de asesores del Secretario de salud Julio Frenk.

En otras palabras, se buscó hacer una revista que fuese expresión de los nuevos tiempos para que se constituyera en uno de los vehículos de socialización del grupo y de sus ideas. Para publicar ahí debían de aceptarse una serie de valores y cánones, algunos más próximos a las ciencias de la naturaleza que a una ciencia referida a grupos sociales –como es el caso de la “salud pública en población”–, entre ellos, la creencia en la neutralidad de la ciencia.

En la Revista, de los responsables en el consejo de administración y en el comité directivo, así como en su comité editorial, muchos eran del o estaban vinculados con el primer escalón jerárquico de la Secretaría de Salud y del propio INSP, como por ejemplo, los doctores Manuel Ruiz de Chavés, José Laguna García, José Narro Robles y Armando Cordera Pastor, entre otros. La tradición de hacer de la *Revista de Salud Pública* el órgano de divulgación del grupo en el poder no se rompió; la diferencia ahora era que estaba bajo el signo de la “cientificidad” idealizada donde los resultados de las investigaciones eran entendidos como pruebas científicas que expresaban verdades absolutas porque habían sido logradas sin la intervención de la ideología o factores socio-económicos-políticos.

En enero de 1991, cuando se inauguraron las nuevas instalaciones construidas en Cuernavaca, consideradas por el Dr. Frenk como “las más avanzadas de su tipo en América Latina”, y símbolo real del proyecto “investigación con misión” (Frenk, 1989a), los neosalubristas, más que con su propuesta de una “nueva salud pública”, habían logrado conquistar posiciones importantes tanto en el ámbito interno como internacional para su proyecto de poder. En 1989, como parte de la ascensión académica y del respaldo de la elite médica, Julio Frenk Mora y Jaime Sepúlveda Amor fueron aceptados por la selecta Academia de Medicina, y el discurso en representación de los académicos de nuevo ingreso, a cargo del primero, se basó en los valores culturales bajo los cuales se consolidó el modelo médico de base curativa: “la racionalidad, el individualismo y el progreso” (Frenk, 1989b). Fue también un indicio de que ambos estaban ya participando en la escalada de la sucesión en la Secretaría de Salud a través del apoyo del Dr. Soberón.

Enrique Ruelas Barajas, el Director de la Escuela de Salud Pública en 1989, ya se había ido a la Fundación W. K. Kellogg a ocupar el cargo de Director Asociado para

Latinoamérica (1989-1991).⁴⁶ En su lugar tomó posesión, como Director de la Escuela de Salud Pública, el doctor Carlos Santos-Burgoa Zarnecki, médico-cirujano, egresado de la UNAM y uno de los beneficiados por el Programa de Repatriación de Científicos Mexicanos de Funsalud, regresando con un Doctorado en epidemiología de la Universidad de Johns Hopkins. El doctor Santos-Burgoa había fungido anteriormente como Analista de Evaluación de Servicios de Salud en la Subsecretaría de Planeación de la SSA, y participado con el grupo que elaboró “Necesidades esenciales en salud”, vinculado al Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginales (Coplamar), de la Secretaría de Programación y Presupuesto.

José Luis Bobadilla Fernández, director del Centro de Investigaciones en Salud Pública en 1991, se fue al Banco Mundial, y dos años después correspondió al Dr. Julio Frenk ir a la Universidad de Harvard (EE.UU.A.) para un pos doctorado en el Centro de Estudios sobre Población y Desarrollo de la Escuela de Salud Pública, y para trabajar como investigador, por un año, estrenando la posibilidad de un período sabático.

En resumen, es en la “Nueva Salud Pública”, acuartelada en la Dirección en Sistemas de Salud, donde se localiza el núcleo inicial del proyecto de la “Nueva Salud Pública” como una disciplina, con un proyecto académico articulado a las necesidades de los sistemas de salud y que continuará luchando con mucha dificultad para lograr la excelencia y para que su personal científico no se traslade a los servicios de salud buscando recibir mejores salarios o para gozar mayor poder. De todas formas, la modernidad que el Director General del INSP buscó promover en la formación de expertos instalados en la racionalidad instrumental, científica, tecnológica y administrativa del desarrollo del sector salud impulsado desde el mercado, dejó seguidores en el INSP. Sin embargo, la salida del Dr. Julio Frenk del INSP bajo sospechas de irregularidades en el manejo de los recursos obtenidos a través de donativos para proyectos de investigación y docencia no registrado de forma debida en la contabilidad del Instituto⁴⁷, dejó a la deriva, en cierta medida, el proyecto de la “Nueva Salud Pública” y su propuesta de “investigación por misión”, y, por

⁴⁶ Ruelas cuando regresa de la Kellogg será director de Fomento Institucional de la Fundación Mexicana para la Salud, de 1992-1999).

⁴⁷ Esa es una cuestión que se manejaba con mucha frecuencia en los pasillos del INSP.

supuesto, el del área de Sistemas de Salud, cuya trayectoria estuvo marcada por la falta de articulación con los servicios de salud y con los problemas de salud de la población.

Para ese entonces, el Dr. Soberón ya había garantizado la continuidad de su influencia en la política de salud a través de la creación de la Fundación Mexicana para la Salud cuando todavía era Secretario de Salud, cuestión que veremos a continuación.

3. HACIENDO EL PUENTE ENTRE LOS TOMADORES DE DECISIONES Y EL SECTOR PRIVADO: EL PROYECTO FUNSALUD

A) El proyecto Funsalud: de un canal de comunicación entre el sector privado y el gobierno

Los neosalubristas también deben al doctor Soberón la iniciativa de convocar, en 1985, a un grupo de selectos empresarios de la industria, del comercio y de las finanzas para crear la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud), como una organización civil con el propósito declarado de “atenuar posibles faltas de continuidad consecuentes a la cronología sexenal” en los vínculos entre la política de salud y el sector privado (Funsalud, 1987: 10). La perspectiva del Dr. Soberón fue, desde la sociedad civil, continuar manteniendo una presencia en las relaciones de poder sectorial desempeñando el papel de palanca del sector privado para influenciar la política de salud.

De acuerdo con Soberón, la creación de Funsalud formó parte del esfuerzo del gobierno para promover la participación comunitaria que, en sus palabras, podía “nutrirse del trabajo conjunto, ya sea de un centenar de prominentes empresarios, o de un comité de salud integrado por un puñado de campesinos en una pequeña aldea” (Funsalud, 1987; Discursos, 267). Esa iniciativa de participación promovida por el Secretario de Salud junto con el sector privado cambió el sentido de las propuestas de participación comunitaria defendidas por muchos salubristas en el marco de los programas de atención primaria como un medio para mejorar la articulación entre los servicios y las organizaciones comunitarias mediante la promoción de la participación social, la autoatención y la organización comunitaria, en la perspectiva de transformar las relaciones sociales que incidían negativamente en el proceso salud-enfermedad-atención. En el caso en cuestión, el

Secretario de Salud tomó para sí la tarea de reforzar el poder del sector privado actuando como intermediario entre sus intereses y el gobierno.

En este sentido, el propósito inicial de la creación de Funsalud como una instancia de participación de los empresarios, no de carácter corporativo o gremial, autónoma, independiente, de carácter voluntario y privado, fue la de garantizar un enlace y la comunicación entre los dirigentes del sector privado y los funcionarios gubernamentales para permitir a los primeros conocer la situación de la salud, de los programas vigentes y de la perspectiva bajo la cual estaba operando la autoridad sanitaria. Ese proyecto inicial sufrió transformaciones importantes impuestas por la propia coyuntura y el contexto ideológico de valoración del mercado en aras a definir mejor su acción como grupo de presión vinculado con los intereses del sector privado en salud.

La coyuntura de amenaza del sistema de partido único, de lucha por la democracia con un fortalecimiento de la sociedad civil y de valoración del mercado como ámbito de competencia y de creación de riqueza, fue percibida como oportuna para el discurso de la sociedad civil “independiente del sector público, pero interactuante con él”. A partir de esa visión, donde la sociedad civil fue percibida como parte del mercado, Funsalud fue presentada como una organización civil privada, expresión del desarrollo social mexicano que no pertenece al Estado ni al sistema político, propositiva e independiente, crítica pero neutral, imparcial y con visión política, afianzada en su capacidad de gestión y de organización e identificada con la visión de lo privado. Para ello, invocaban su naturaleza civil-académica “no condicionados a los intereses de las instituciones relacionadas con la salud” (Funsalud, 1995: 27 y 1995a: 2).

Es en el marco de esas transformaciones cómo debemos entender, por ejemplo, los cambios producidos en la documentación de Funsalud en el inicio de los años noventa en relación con el papel protagonista del Dr. Soberón para su creación, y la consolidación del proyecto Funsalud como una institución de defensa de los intereses del sector privado en salud. De una iniciativa del Dr. Soberón, la Fundación pasó a ser un grupo de empresarios preocupados por el desarrollo del país y la salud de los mexicanos, enmarcados en una organización a través de la cual querían “mostrar al Gobierno y a la sociedad, [...] su responsabilidad para apoyar proyectos de trascendencia social” (Funsalud, 1993 y 1995a: 1-

2). Esos cambios coinciden con la ampliación del propio proyecto de Funsalud, no sólo limitado a ser una intermediaria entre el sector privado y el gobierno para ocupar el lugar de “grupo pensante” del sector privado.

Del mismo modo, la Fundación, como una iniciativa del doctor Soberón cuando todavía era Secretario de Salud, permitió congregarse un “*puñado de amigos*” empresariales (discursos, 267) con los que tenía grandes afinidades, y, a partir de ahí, posibilitar entre ellos una comunicación “frecuente, directa y expedita que les permita tener conocimiento fundado de la situación de salud, de los programas vigentes y de la perspectiva futura de la autoridad sanitaria”. Entre los amigos que estuvieron en el Club de los Empresarios, en la comida del 29 de mayo de 1985, cuando se creó Funsalud, estuvieron, entre otros: Carlos Abedrop Dávila, Jerónimo Arango, dueño de la mayor red de supermercados dentro de México, Ernesto Amtmann, del grupo financiero IXE, Ignacio Aranguren de Arancia Industria, José Carral Escalante, quien ha sido vicepresidente del Bank of America durante 25 años, José Miguel Nader, del grupo Infomin, Enrique Robinson Bours, de Bachoco y William Underwood, de productos Gerber (Reconocimiento a Guillermo Soberón de Carlos Abedrop Dávila).

Pero si esto fue el origen de la Fundación, no se limitó el ingreso a otros empresarios y personas de otros sectores, y, más aún, no se limitó que se buscara deliberadamente la participación de políticos del PRI y simpatizantes del PAN, y otros más que agregaran beneficios o servicios, ya fuera por la amistad, por vínculos profesionales y generacionales o por necesidad profesional. El poder de convocatoria del Dr. Soberón atrajo cuadros académicos del sector médico y a profesionales del sector salud, algunos de los cuales ocupaban cargos de poder, muchos próximos al gobierno y su partido. En cierta medida, todos contribuyeron a la causa de Funsalud.

La consigna de independencia que siempre acompañaría el discurso de Funsalud no significó un distanciamiento de la Fundación, ya fuera con los partidos, con el gobierno o con el sector privado. Desde su inicio, su financiamiento se basa en fondos públicos y en donaciones del sector privado, y su proyecto político-ideológico atiende a los intereses privados en el sector salud.

Para su formación confluó un grupo selecto de 76 empresarios,⁴⁸ y para 1989 ya eran 100 (algunos con intereses económicos directos en el sector salud, en particular en el mercado del vidrio, en materiales plásticos y otros insumos de la industria químico-farmacéutica), que aportaron 100 000 pesos (Funsalud, Acciones y logros de la, 1988: 6), cuantía que también garantizó por su parte la Secretaría de Salud. Entre los dirigentes iniciales de Funsalud estaba Octavio de Caso, y en la conformación de su Consejo Nacional participó, entre otros, Claudio X. González, quien fue presidente del poderoso Consejo Coordinador Empresarial, y al que Salinas de Gortari nombró su consejero en materia de inversión extranjera.

El apoyo del gobierno federal no se restringió al período del Dr. Soberón y constó de “aportaciones económicas para constituir su patrimonio; fondos depositados para su manejo; autorización para que Funsalud participe en la compra de *swaps*” cesión en comodato de un terreno de 4 000 m² ubicado en la zona sur, junto al conjunto de hospitales de la Secretaría de Salud, en el sexenio de Salinas de Gortari, período en el que el Dr. Soberón fue el Coordinador del Consejo Consultivo de Ciencias.⁴⁹ Además, coincidentemente, la Fundación fue incluida en el Registro Nacional de Instituciones

⁴⁸ Carlos Abedrop Bávila, ex banquero, empresario, cuyo interés se concentró en el transporte de pasajeros, en particular en el interurbano en el valle de México (*La Jornada*, 6 de diciembre de 1996); E. Guillermo Salas Peyró, presidente fundador del Núcleo Radio Mil; Roberto González Barrera de Gruma-Banorte; Carlos F. Autrey del Grupo Financiero Inverlat-Grupo Acerero del Norte; Carlos Slim Helú (Grupo Carso); Alejo Peralta y familia (Grupo Iusa-Iusacell); Emilio Azcárraga y familia (Grupo Televisa); Alberto Bailleres (Grupo Peñoles); Alfredo Brauer Bier del Laboratorio Químico Industrial Agrícola, Bernardo Garza Sada y familia (Grupo Alfa); Eugenio Garza Lagüera y familia (de Visa-Bancomer, y quien controla todos los productos de Coca Cola México, algunas bebidas alcohólicas, grupo Algfa y Onexa, que controla SIGMA alimentos); el empresario Gilberto Borja Navarrete, ex director de la Nacional Financiera; el gobernador Enrique Burgos García; el empresario Benito Bucal; Jaime P. Constantiner, quien, según *La Jornada* de junio de 1996, participó en la compra de Banpaís; Sandra López, una de las más importantes empresarias de Jalisco, miembro del autodefinido *El grupo de los diez* (*La jornada*, 21 de junio de 1996); José Madariaga Lomelín, presidente de la Asociación de Banqueros de México en 1966 (ABM), quien, junto con Raúl Salinas y Abraham Zabludovsky compró, en 1991, la empresa estatal Mexicana de Autobuses (MASA), según *La Jornada*; el arquitecto Pedro Ramírez Vázquez, Eduardo Legorreta Chauvet (accionista del Grupo Embotelladoras Unidas que preside Gallardo Thurlow), ex presidente de la casa de bolsa Operadora de Bolsa, preso por fraude bursátil en febrero de 1989 e inhabilitado 10 años por las autoridades financieras y judiciales para operar en el mercado bursátil (la inhabilitación habría de vencer en 1999); accionista mayoritario de Videovisa (*La Jornada*, 17 de mayo de 2005); Sandra López Benavides (accionista de Bancomer); y Pablo Escandón Cusi (de Controladora de Farmacias, Grupo Acción, Nadro).

⁴⁹ El Consejo Consultivo de Ciencias fue creado por Salinas en 1989, y Soberón fue reelecto en 1992-1995. Entre 1991 y 1993 también fue Presidente del Consejo Directivo de la Fundación México Estados Unidos para la Ciencia. El Consejo es un órgano de asesoría al presidente en ciencia y tecnología.

Científicas y Tecnológicas de CONACYT como una institución de naturaleza filantrópica de carácter científico (Funsalud, 1993a: 3 y Funsalud, 1997a), y siempre tuvo el respaldo de los presidentes en turno para sus eventos y demandas, así como de los secretarios de salud y directivos de los Institutos Nacionales de Salud (Funsalud, 1997b: 39-40). El reconocimiento de CONACYT hizo “posible disfrutar de estímulos fiscales y facilidades que el Gobierno otorga para impulsar dichas tareas” (Funsalud, 1995a: 4). A partir de esos incentivos y de donaciones de los socios, Funsalud logró tener, en 1995, un patrimonio de 15 millones de nuevos pesos (Funsalud, 1995: 30).

Su sede fue inaugurada en octubre de 1991 y contó para su construcción con la contribución de las siguientes empresas: ICA,⁵⁰ Cementos Mexicanos, Cerámica Santa Julia, Condumex, Hewlett-Packard, Laboratorios Columbis, Microsoft y Northern Telecom (Funsalud 1995a: v).

Además, el grupo obtuvo el apoyo financiero de grandes fundaciones privadas de Estados Unidos de América, de centros de poder económico y político, entre ellos, la Corporación Carnegie de Nueva York. Esa fundación, una de las más interesadas en la expansión de las relaciones de mercado en el campo de la salud y de la visión privatizadora en el desarrollo de los modelos de atención (Navarro, 1992), fue una gran aliada de Funsalud desde su inicio y se constituyó en un apoyo estratégico para la definición de su propio proyecto institucional. En 1985 fue responsable de organizar una reunión en Nueva York con fundaciones y organismos internacionales para buscar apoyo para Funsalud (Funsalud, 1997b: 9). También recibió apoyo de la Fundación WK Kellogg, de la OPS, de la Agencia para el Desarrollo Internacional del Gobierno de los Estados Unidos de América (AID) para desarrollar su propuesta institucional y apoyar la actividad de investigación.

La Corporación Carnegie de Nueva York hizo inicialmente una donación de 575 000.00 dólares para ser ejecutados entre 1989 y 1991, de los cuales, 284 000 eran para ser aplicados en la investigación, 146 000 para formar recursos humanos y 145 000 para apoyo a la infraestructura de Funsalud. Hasta 1997, las donaciones de esa Fundación alcanzaron la cuantía de 3 725 000.00 dólares (Funsalud, 1997b: 10). A partir de 1988, Funsalud tuvo a

⁵⁰ La Fundación ICA es una asociación civil, constituida en 1986, dedicada al desarrollo científico y tecnológico de la ingeniería “mediante el impulso a la investigación, a la formación de recursos humanos y desarrollo tecnológico en México” (Fundación ICA, Cuadernos FICA, n° 20, México, 1997).

su cargo la gestión de los fondos provenientes de los recursos de la AID que, entre 1989 y 1991 fueron 914 685 dólares (Funsalud, Informe 1990-1991: 14). Del Programa de Colaboración con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional recibieron 458.875 dólares para capacitación de personal especializado, mediante intercambio entre México y Estados Unidos de América, así como para gestionar, administrar y aplicar recursos en el desarrollo de investigaciones y acciones encaminadas a promover la salud, fundamentalmente en los campos de población y planificación familiar, sobrevivencia infantil y capacitación y asistencia técnica en SIDA.

Pero la Fundación también se canalizó como institución receptora libre de trámites y controles burocráticos, recursos donados a la Secretaría, como fue el caso del aporte de la OPS para el Programa de la Reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de Salud en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México después del temblor de 1985; de donadores individuales para la Prorehabilitación Integral del Hospital General de México (1985); del Bufete Mariano Soni, para el Hospital General de México; de Probusa, para el Servicio de Genética del Hospital General de México; de la Familia Careaga; de la Familia Slim-Domit, para trasplante renal y hemodiálisis, que fueron destinados al Hospital ABC, al Sanatorio Español, al Instituto Nacional de la Nutrición y a otros (Fundación Mexicana para la Salud, Acciones y logros, 1987).

En su primera década de existencia sus principales donantes fueron:

- La Corporación Carnegie de Nueva York, que hasta 1995 había hecho donaciones para apoyar: a) la repatriación de personas, que, en general, se ubicaron en instituciones de investigación para ocupar posiciones clave; b) el Programa Haga su tesis en México; c) proyectos de investigación en el área de salud materno infantil, y d) el fortalecimiento institucional de Funsalud que preveía el establecimiento de la Unidad de Planeación y Desarrollo, e impulsar la formalización de sedes regionales en la Frontera Norte, en Jalisco y Sonora, logrando involucrar a 70 empresarios de esas regiones (Funsalud, 1993a: 5). Además, se apoyó la consolidación del área de planeación y desarrollo de proyectos de salud en la frontera México-EE.UU.A. y se estableció el apoyo inicial para el Centro de Economía y Salud.

- La Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) del Gobierno de los EE.UU.A. aportó, entre 1987 y 1992, un poco más de 1.5 millones de dólares para proyectos de salud en México (Funsalud, 1995: 8). El sector privado con intereses directos en el sector salud también apoyó a Funsalud. En esa modalidad de apoyo se destacaron actividades de nutrición, financiadas por la Nestlé,⁵¹ que constaban del apoyo a la enseñanza de la nutrición en escuelas de medicina (definición curricular, capacitación de instructores, libro de texto, nutriología médica y desarrollo de infraestructura), al Grupo Multicéntrico de Investigación, Aspectos socioculturales de los hábitos alimenticios en Yucatán.

- Los principales donantes de la industria farmacéutica fueron: Laboratorios Senosiain, Ciba-Geigy, Bayer, Wyeth, Sandoz A. G., La Roche, Pfizer. Se destacó el proyecto: infecciones gástricas y entéricas, con apoyo del CONACYT-Bayer Pharmaceutical, para el Grupo Multicéntrico de Investigación compuesto por 19 investigadores en 12 instituciones (diagnóstico rápido del cólera, agentes infecciosos en la diarrea con sangre, proteínas de superficie de rotavirus); grupos de consenso en diabetes, climaterio y colon irritable, financiado por Wyeth; deterioro intelectual y síndromes demenciales, por Bayer, y obesidad, por Sanfer. El propósito de esos grupos era el de, por un lado, “adoptar criterios para diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades”, y por otro, con esos criterios “incidir en la prestación de servicios y difundir los consensos alcanzados entre la comunidad médica del país”, junto con las normas técnicas para los servicios de salud de la Secretaría de Salud (Funsalud, 1995: 26). Otra modalidad de apoyo fueron los premios financiados por la Nestlé, laboratorios Columbia, Grupo Óptico Lux, Alfonso Robinson Bours, Nadro, laboratorios Silanes, cuyo presidente Ejecutivo, el Lic. Antonio López de Silanes, fue Presidente Ejecutivo de Funsalud y otros grupos empresariales.

⁵¹ La Nestlé, una transnacional productora de alimentos y bebidas de las más grandes del mundo, se instaló en México en 1930 como compañía importadora. Sus ventas en el 2000 fueron de 48 mil 855 millones de dólares según el articulista Luis Hernández Navarro. También se informa que esa corporación no atiende a los compromisos oficiales del gobierno mexicano en relación con las normas de calidad en la elaboración del café, y que “ha impulsado un modelo de consumo de aromático de baja calidad y se opone a que el consumidor conozca cabalmente los ingredientes con los que se fabrica el producto final”. Además, comunica que, en el pasado, los principales ejecutivos de la Nestlé apoyaron activamente al PRI y la empresa recibió a cambio favores gubernamentales (*La Jornada*, 18 de junio de 2002: 15).

Estos aportes no sólo permitieron a Funsalud gozar de una base organizativa y financiera importante, sino también actuar como vehículo para canalizar recursos nacionales y del extranjero y estructurar una red de sostén amplia tanto en el ámbito nacional como en el internacional, conformada por la Corporación Carnegie, la Escuela de Salud Pública de Harvard, la Fundación Rockefeller, UNAIDS y USAID, el Consejo Coordinador Empresarial, Bayer, Nestlé, Procter&Gamble, Smith Kline Beecham, Wyeth, CEMEFI y PAHEF. A todos estos recurría no sólo para obtener fondos, sino también para saber de sus planteamientos y precisar su participación en las cuestiones de salud (Funsalud, s/f: 15).

Funsalud también creó representaciones regionales en Puebla, Monterrey, Guadalajara, Hermosillo y Mérida. Simultáneamente, buscó fortalecer relaciones con otras fundaciones mexicanas, entre ellas la Fundación Miguel Alemán, la Fundación Universo XXI, Compartir, IAP, La Fundación de Estudios Sociales, La liga Mexicana contra el Cáncer, el Proyecto Camina y La Liga de la Leche, entre otras (Funsalud, acciones y logros).

Entre 1985 y finales de 1994 administró 292 fondos por un total de 114.1 millones de nuevos pesos, que equivalen a casi 39 millones de dólares (Funsalud, 1995: 14). El origen de esas donaciones fue: 55.8% eran recursos internacionales, 31.6% nacionales, 12.6% del gobierno, y 47.9 % de esos fondos iban para apoyo a las instituciones públicas, 11.6% a privadas y 40.6% a organizaciones de la sociedad civil.

La posibilidad de administrar donativos de la propia Secretaría de Salud, de instituciones de investigación y de otras organizaciones civiles hizo de Funsalud una importante canalizadora de fondos nacionales y del extranjero ocupando un lugar que no existía en el sector salud en México. En estos años, Funsalud apoyó, prestó servicios, profesionalizó sus acciones y produjo información que amplió las perspectivas de su proyecto inicial, cohesionando al grupo en torno a la máxima que dice que lo privado, en oposición a lo público, es la solución para el sector salud. Funsalud estableció una relación próxima y multifacética con el gobierno federal, que le permitió limitar ámbitos de dependencia mutua, mientras que, en otras esferas, resguardó su autonomía. Esas acciones y otras, como veremos a continuación, la transformaron en un canal de expresión y acción

de los intereses del sector privado en salud, y, lo más importante, fue un vehículo de legitimación del discurso de la eficiencia de la gerencia privada en oposición a la gerencia pública. En ese marco uno debe interpretar su proyecto de afianzarse como organización civil en su capacidad de gestión y de organización que actúa para demostrar la eficiencia de lo privado en el ámbito social.

De todas maneras, su acción como organización civil no se restringió al manejo de fondos financieros y a la construcción de redes de apoyo: se ubicó tanto en el ámbito de las asociaciones voluntarias filantrópicas que buscaban promover y demostrar la preocupación del sector privado por el bienestar, como en el ámbito de la política, por ser portadoras de demandas y propuestas vinculadas con el sector privado. Coherente con su proyecto ideológico de valoración de lo privado como alternativa de lo público, una de sus acciones fue la de profesionalizar la conducción de la propia organización, desarrollar una política gerencial eficaz para “mantener sus gastos ajustados al presupuesto” y conformar un *staff* capaz de contribuir a formular problemas, sugerir el quehacer y crear un mapa propio de intereses en torno a la reforma, de lo que se ocuparía la propia Fundación.

Funsalud definió desde su inicio la necesidad del mantenimiento de una planta fija, pequeña, auxiliada por consultores, bajo el concepto de mantener sin crecimiento su planta de personal, no burocrática, ágil, flexible, y de contratar apoyos técnicos temporales en función de las tareas y proyectos (Funsalud, 1993: 11-12). Esa estrategia fue posible en parte por la relación próxima que mantenía con el INSP y con otras instituciones públicas del sector salud, lo que le permitía compartir investigadores como si fuera parte de sus funciones como funcionarios públicos. Con esa forma de trabajar, Funsalud asumió el papel de catalizador interactuando con los grupos de investigación, las agencias financiadoras y las autoridades científicas, financieras y de salud del país (Funsalud, 1995: 19-20). A su vez, estaba subsidiada de forma indirecta por el Estado.

En el caso específico del INSP, Funsalud estableció vínculos privilegiados con determinadas áreas permitiendo que el área de investigación y formación de recursos humanos de ambas instituciones actuaran de manera complementaria. Así, investigadores del INSP llevaron a cabo asesorías en estos proyectos que eran de Funsalud; por su parte, Funsalud articuló algunos investigadores del INSP con empresas, agencias internacionales

y de servicios públicos y privados de salud. En esos proyectos, muchas veces el INSP participaba con recursos humanos y con su infraestructura física, o bien dando el respaldo científico, y Funsalud captaba y administraba los recursos financieros sin trabas burocráticas y sin el control que requería una institución pública como el INSP.⁵² Trabajar en proyectos con Funsalud se constituyó en un atributo altamente valorativo que diferenciaba a los investigadores: posibilitaba aumentar salarios, gozar en algunas ocasiones de privilegios como tener buenos equipos de cómputo, financiados por los proyectos en común, tener la oportunidad de incorporarse a una red de investigadores conectada internacionalmente y en disputa por el control del mercado académico, que proyectaba a sus asociados en foros científicos a través de la divulgación de sus trabajos en conferencias internacionales y en revistas catalogadas por la institución como de excelencia académica. Además, los vinculaba con determinados actores y agencias internacionales y nacionales de financiamiento facilitando la aprobación de fondos para la investigación. De 1990 a 1995 algunos investigadores de la Dirección de Sistemas desarrollaron en el INSP los proyectos de la Fundación (Funsalud, 1992: 3).

En el ámbito de la filantropía, las acciones altruistas desarrolladas también sirvieron para indicar que una nueva lógica actuaba en la manera de abordar esos problemas, la que articulaba la salud del individuo con la de “más salud por el dinero que se invierte” (Soberón, 1983). Esas actividades no sólo debían ir más allá de plantear medidas para la solución de los problemas sociales que aquejaban a la sociedad, sino, además, debían presentar nuevas opciones para su participación organizada en apoyo a programas bien fundamentados que fueran capaces de “ofrecer oportunidades para que más mexicanos accedan a los medios para procurar su salud, para abatir costos, para introducir formas de una competencia positiva para hacer eficientes los recursos del país” (Funsalud, 1993a: 14, 17). La filantropía y la visión de lo privado crecieron como un discurso ideológico y una fuente de ingreso importante para la consolidación de Funsalud como un *thing tank* del sector privado, interesado en participar en las decisiones en torno a la política de salud.

⁵² Un de los problemas que el Dr. Julio Frenk enfrentó al salir de la dirección del INSP fue lo de hacer uso de recursos captados por proyectos sin los debidos controles oficiales.

C) El Centro Economía y Salud: la voz activa del sector privado

El Centro de Economía y Salud fue resultado de la pretensión de Funsalud de dirigir su proyecto hacia la defensa de los intereses del sector privado en salud y no sólo como un canal privilegiado de comunicación entre el gobierno y el sector privado. Expresaba también la entrada articulada de los intereses del sector privado de dentro y fuera del sector salud, en la agenda de la reforma.

En el inicio de la década de los noventa, creció dentro de Funsalud la apreciación de que México vivía un momento de mayor apertura en la economía y que la participación de la sociedad civil en los procesos de decisión estaba abriendo “nuevas y ricas posibilidades para que los sectores sociales y privados se involucren en forma más efectiva en cuestiones fundamentales del desarrollo nacional” (Funsalud, 1993a: i). Esa percepción no sólo fue alimentada por el proyecto del presidente en turno, sino también por el análisis que ese grupo hacía en torno a la política de salud.

De acuerdo con Soberón, el sistema de salud mexicano estaba pasando por otro momento sin haber terminado todavía el “cambio estructural”. El doctor afirmaba que bajo las nuevas circunstancias la salud había pasado a ser un elemento fundamental de la economía de los países, y expresaba que “en la actualidad se gasta mucho dinero en salud y hay preocupación porque los costos siguen creciendo y, además, ahora ya no se están obteniendo dividendos por el dinero que se gasta. Hace falta más dinero para la salud, pero también hace falta más salud por el dinero que se invierte y ésta es una gran preocupación...” (Soberón, 1995).

Esa misma visión fue presentada por el presidente del Consejo Coordinador Empresarial, Héctor Larios Santillán, en la inauguración del evento organizado por Funsalud en noviembre de 1995 con ocasión de su X aniversario, en el que se contó con la presencia del vicepresidente del Banco Mundial, Armeane Choksi (Funsalud, 1995b). Al igual que Soberón, consideró que “*las organizaciones de la sociedad civil ofrecen ventajas operativas para poder aportar, con efectividad, eficiencia y eficacia, a la atención y solución de problemas de diversas índole*” (Funsalud, 1995b: 16). Esas cualidades se explicaron por el lugar en que estaban, “fuera del marasmo burocrático”, y de la presión política, lo que les permitió tener una “visión estratégica de mediano y largo plazo”,

producto de una “inteligencia institucional” asentada en propuestas responsables y “académicamente sólidas” que permitiera disminuir los costos.

Fueron esas inquietudes las que tornaron posible la creación, en 1993, de una nueva sección de Funsalud, llamada “Economía y Salud”. De acuerdo con uno de los empresarios fundadores de Funsalud, Carlos Abedrop Dávila, “el Dr. Soberón nos propuso hacer un estudio sobre la incidencia de la salud en la economía nacional”, teniendo en cuenta el Informe sobre Desarrollo Mundial, del Banco Mundial. Una de las nuevas secciones sería la de presentar una propuesta de reforma que contemplaría los intereses del sector privado, como veremos luego.

El Centro Economía y Salud fue concebido como un “centro de estudios y de opinión del sector privado” (Funsalud, 1995),⁵³ y se debía dedicar a la investigación en políticas y sistemas de salud para ser “capaz de incidir, con propuestas e información bien fundadas, en los procesos de toma de decisiones” (Funsalud, 1995: 27).

Para la creación del Centro, Funsalud contó con el apoyo del Consejo Coordinado Empresarial y con grandes donaciones financieras de un conjunto de empresarios mexicanos e instituciones nacionales y del extranjero. El Centro empezó en 1993 cuando Funsalud recibió cerca de dos millones de dólares por parte de Bacardí y Compañía, Bancomer, Cigarrera La Moderna, el CONACyT, el Grupo de Alberto Bailleres, el Grupo de Fernando Senderos, Seguros La Comercial América, Seguros Monterrey Aetna,⁵⁴ la OPS, Televisa y la Universidad John Hopkins (Funsalud, 1994a: v; Funsalud, 1995a: 14), específicamente para el desarrollo de un estudio bajo la coordinación del Dr. Julio Frenk, el cual tenía como objetivo analizar las diferentes opciones para la participación del sector privado como un componente del Sistema Nacional de Salud.

El estudio concluyó en septiembre de 1994 y generó un Informe que fue ampliamente divulgado y discutido por prestadores directos de servicios del sector público y del privado, representantes de compañías aseguradoras y representantes del sector empresarial (Funsalud, 1994: 7), y también fue puesto a disposición de otros países, atendiendo la solicitud del Banco Interamericano de Desarrollo (Funsalud, 1993: 17). Sus

⁵³ Fueron invitados, como coordinadores de ese centro, Miguel Ángel González Block y Rafael Lozano.

⁵⁴ Aetna es una empresa multinacional que actúa también en Brasil, Chile y Argentina. Véase Iriart, C. y otros, 2000.

repercusiones positivas frente al sector privado permitieron captar nuevos apoyos financieros de empresarios mexicanos e instituciones nacionales y del extranjero, creando el Centro de Economía y Salud. Entre estos recursos estaban el de la Corporación Carnegie, la cual decidió aportar financiamiento para el desarrollo del Centro y del Consejo Coordinador Empresarial, que pasó a ser asesorado por el Centro sobre cuestiones específicas de reforma de los sistemas de salud (Funsalud, 1995: v; 1996: 15, 21).

El nuevo organismo fue puesto bajo la dirección del doctor Julio Frenk, quien dirigió el estudio inicial recién llegado de estancias de formación e investigación en la Universidad de Harvard (EE.UU.A.), donde había convivido con los autores del *Informe sobre el desarrollo mundial* de 1993 (Funsalud, 1994: 20), había participado en los estudios del Plan de Salud de los EE.UU.A., y, junto con otros especialistas, había contribuido en la elaboración de la propuesta conocida como Pluralismo Estructural, la cual orientaría la reforma del Sector Salud en Colombia en 1993.

En la misma época, otro neosalubrista, José Luis Bobadilla (quien murió trágicamente en una misión oficial), se incorporaba al cuadro de funcionarios del Banco Mundial y participaba en la elaboración del documento “*Invertir en salud*” (1993), en cuyas conclusiones se recomendaba que, para garantizar un buen gobierno, había que conciliar equidad y racionalidad en los procesos de reforma, siempre y cuando la equidad fuera definida como el resultado de la relación entre necesidades y recursos existentes. La estrecha colaboración existente entre expertos mexicanos y el Banco Mundial –que se constituyó en el principal proveedor de fondos para el sector salud–, permitió a México, a través de Funsalud, ser ya, para 1993-1994, el primer país en elaborar un paquete nacional de intervenciones en salud con base en la eficiencia de los costos.

El establecimiento del Centro como resultado de la propia proyección de las propuestas surgidas del estudio Economía y Salud tanto en el ámbito nacional como en el internacional, marcó un momento importante para las fuerzas sociales interesadas en la reforma del sector salud en dirección a una mayor participación del sector privado, y permitió que Funsalud ocupara un espacio de cabildeo (*advocacy*). De esa manera, la Fundación ampliaba su espacio de actuación: de un mero organismo interesado en promover los vínculos entre el Estado y el sector privado, se convirtió en un *thing tank* de los intereses

del sector privado orientado a defender o promover sus intereses en el sector salud llevando adelante una propuesta coherente de reorganización del sector (Fundación ICA, 1997: 31) que promoviera los intereses del sector privado.

D) Los campos de Intervención del Centro para la competencia global: el lugar de la salud en la economía.

El Centro Economía y Salud fue creado en Funsalud para formular y fundamentar un modelo alternativo de organización de los servicios de salud que fuera capaz de reducir el peso económico de la enfermedad para la sociedad, superar las inequidades e ineficiencias existentes en el sistema de salud y promover un sistema plural que incorporara la salud al desarrollo como parte de la estrategia de vincular ésta con el desarrollo económico y social. De acuerdo con Frenk (1995: 51), estos objetivos tenían que ver con resolver la pregunta vital: “¿quién tiene derecho a qué servicios y a qué costo?”, así como con mejorar la competitividad de la economía mexicana.

En otras palabras, en su proyecto, el Centro compartió, junto con los empresarios, la importancia de garantizar la protección social como un derecho social, comprometiéndose a producir criterios para definir un paquete de servicios especiales como estrategia de regulación del acceso; reconocer la necesidad de promover políticas saludables en todos los ámbitos del desarrollo económico y social, garantizadas por la acción multisectorial sobre los determinantes de la salud y garantizar el desarrollo del sector salud como un importante sector de la economía que genera empleo, alienta la investigación científica y estimula la aplicación tecnológica. Sin embargo, la tarea del Centro era, principalmente, elaborar el soporte teórico que jerarquizara y privilegiara ciertos aspectos de la relación entre salud y economía, haciéndolos operables en una propuesta de organización de los servicios de salud y en un proyecto político de cambio.

Así, en el ámbito de la propuesta general de Funsalud de disminuir la carga de enfermedad de la sociedad mexicana, el campo de intervención del Centro se ubicó en el nivel de propuestas de reforma del sistema de salud. Pese a reconocer que la salud de las poblaciones dependía cada vez más de un conjunto de políticas correctas que no se limitaban al sector salud, Funsalud priorizó como ámbito de acción eliminar el lastro económico y

social que los sistemas de salud representaban para la sociedad. De ese modo, el proyecto del Centro emergió como prioritario para el sector privado y las agencias donantes de la Fundación frente a otras actividades llevadas a cabo por la Fundación, como por ejemplo, la acción filantrópica o la de impulsar investigaciones para una mejor apreciación de la influencia de los procesos sociales, económicos, institucionales y culturales en el proceso salud-enfermedad y atención, así como acciones sociales dirigidas a intervenir en estos procesos con vistas a un desarrollo saludable comprometido con el bienestar y la promoción de hábito que no comprometieran a la salud.

Desarrollar estudios relacionados con los procesos de reforma, apoyar las instituciones nacionales e internacionales, divulgar y difundir resultados, constituirían uno de los espacios de acción del Centro, lo que le permitiría sentar las bases para una actuación como grupo de presión vinculado con los intereses del sector privado en salud que buscaba potencializar su proyecto de reforma y los intereses de sus agremiados frente al gobierno. Bajo esa perspectiva, se dedicaron a estudiar el gasto en salud, los sistemas de cuentas estatales en salud, la reversión de cuotas, el paquete de servicios esenciales y la reorganización de los servicios. Estos estudios constituirían la base para asesorar procesos de reforma de las propias instituciones públicas y privadas, alimentando al gobierno con propuestas, así como proporcionando la formación de cuadros para los equipos de gobierno.

En efecto, fue así cómo representantes del sector privado participaron en diferentes comisiones oficiales creadas en el contexto de la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte-TLCAN (el *NAFTA-North America Free Trade Agreement*), compartiendo la euforia reinante a favor de éste al considerar que barrería caminos prometedores a México; y fue así cómo se desdobló el gestionar con el ejecutivo para la creación de normas de regulación del mercado de servicios de salud, al mismo tiempo que Enrique Ruelas concentraba sus esfuerzos en la organización de una empresa de consultoría en el campo de la calidad, Qualimed, S.A. (Soberón, G., 1995: 22).

Oportunamente, ya al final del período de gobierno y con vistas al cambio sexenal, en 1994 el Informe resultante de la investigación fue plasmado en el libro *Economía y*

Salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México,⁵⁵ que se perfiló como una propuesta de reforma a ser dirigida al presidente entrante, avalada por su valor científico y por el apoyo del sector privado, elaborada por expertos cualificados y capacitados en la racionalidad de la reforma pro mercado. El Informe no sólo ofrecía un diagnóstico que identificaba una crisis del sector y un conjunto de valores que aseguraban el lugar del sector privado en la prestación de servicios sustituyendo al Estado, sino que defendía la necesidad de la reforma y de la construcción de un nuevo pacto social para la salud entre representantes del Estado y actores sociales, en particular: “los prestadores de servicios, las universidades y los centros de investigación, las empresas, las organizaciones no gubernamentales, el gobierno y, desde luego, la población” (Funsalud, 1995: 73).

Más que un desafío empírico deseable que requería ser construido, el llamado al pacto social fue presentado como una exigencia normativa, íntimamente vinculada con el diagnóstico de la crisis y con la necesidad de hacer de la propuesta de reforma una política de Estado, a largo plazo, “capaz de trascender las acciones de un gobierno particular” (Funsalud, 1995: 74).

Aunque una vez más ni el Dr. Julio Frenk ni el Dr. Jaime Sepúlveda lograron ser Secretarios de Salud, el Pluralismo Estructural pasó a orientar el *Programa de Reforma para el Sector Salud* (Poder Ejecutivo Federal, 1996). Ese modelo, que ya había sido puesto en práctica en la reforma de la seguridad social en Colombia, en 1993, se basaba en la separación de las funciones de financiamiento y de prestación de servicios, y en la definición de un rol específico de regulación para el Estado. En el sector privado se prestaban servicios médicos de acuerdo con la demanda; la contribución social financiaba y el Estado regulaba para ofrecer opciones plurales al usuario bajo los principios de la libre capacidad de elección del prestador de servicios por parte del consumidor y con la garantía de la equidad. La equidad se conseguiría por la combinación de algunos mecanismos: financiamiento público, que para los pobres tomaba la forma de subsidios y para los otros grupos sociales la de contribución obligatoria (valor de cuotas diferenciadas, de acuerdo con la capacidad de pago de cada uno); implantación de distintos regímenes de afiliación al

⁵⁵ La mayor parte de los trabajos de ese libro fueron elaborados por investigadores que en aquel entonces formaban parte de la planta de investigadores del INSP.

sistema (contributivo, subsidiado y vinculado), y diferentes paquetes básicos de atención para cada uno de ellos. Esos paquetes se definían con base en criterios de costo-efectividad, según el principio de la selectividad frente a escasos recursos.

Sin embargo, la incorporación de la propuesta de Funsalud al Programa de Reforma del Sector Salud no alteró la estrategia de acción de Funsalud de ampliar, articular y consolidar el proceso de reforma. El Centro continuó su labor de producir información, análisis y puntos de vista críticos sobre la política de salud y siguió influyendo en ésta. Esa influencia se hizo posible tanto en el ámbito de la Secretaría de Salud, a través de un estudio para establecer un sistema de cuentas estatales de salud, como en el IMSS, donde estimuló medir el peso de la enfermedad en la institución, así como valorar el proceso de reversión de cuotas, y exploró otros instrumentos que contribuyeran a hacer operativa la reforma del IMSS. Funsalud apoyó la propuesta, vinculada a la Reforma del IMSS, de revertir las cuotas de aquellas empresas que pudieran proporcionar servicios de salud y seguridad social a sus empleados (Martínez Domínguez, M., 1997: 13-14).

Esa labor investigativa debe ser entendida como parte de la estrategia de Funsalud para que el Centro ocupara tanto en el plano nacional como en otros países del Tercer Mundo el lugar de “inteligencia institucional” de los sistemas de salud, capaces de responder a las necesidades específicas de cada situación y de apoyar a los respectivos gobiernos en sus intentos de reforma sectorial. Esa estrategia, aunada a una concepción de reforma compartida por diversas instituciones y organismos multilaterales, conectó a Funsalud con la Universidad de Harvard, la cual había estado actuando como asesora en los procesos de reforma y había creado el Foro Internacional Harvard de Liderazgo en Salud “para debatir con ministros de salud de diferentes países cuestiones inherentes a la reforma sanitaria y a la política de salud correspondiente” (Funsalud, 1997: 13). Funsalud participó en la organización del Foro de 1995 y en el de 1997, realizado en Cuernavaca (Funsalud, 1997: 13).

La Fundación también recibió, a partir de 1997, apoyo financiero para fomentar, financiar y divulgar investigaciones sobre las reformas sectoriales en todo el mundo, creando el programa *International Clearinghouse for Health Sector Reform Initiative (ICHSRI)*, que actuó hasta el año 2000 financiado por un *pool* de recursos procedentes del Banco Mundial,

de la Fundación Rockefeller y de la Organización Mundial de la Salud. Como parte del proyecto ideológico de difusión de determinada concepción de reforma sectorial, articulada a una propuesta de divulgación de resultados de investigación para apoyar el *policy making* sectorial, fue creado el Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma (NAADIR), vinculado al ICHSRI, y que en un primer momento publicó el boletín internacional *Informing and Reforming* de ámbito mundial, y, posteriormente, desde 1999, el *Informando y Reformando/AL*, para la región de América Latina, con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y de la OPS, además del INSP y de la propia Funsalud. El NAADIR creó también una base de datos electrónica para difundir las propuestas de reforma, ya fuera a escala mundial o regional, y estableció un acuerdo de colaboración con la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (AIPSS), creada en Ginebra en el 2000 como una iniciativa del Foro Global para la Investigación en Salud, con la colaboración de la Organización Mundial de la Salud, y la cual tenía entre sus directivos a un miembro de ese grupo: Miguel Ángel Gonzáles Block.

En ese mismo año fue vehiculada en la publicación *Observatorio de la Salud, necesidades, servicios, políticas* (1997) la propuesta Pluralismo Estructurado. En esa publicación, Funsalud buscaba presentar argumentos de convencimiento acerca de que el modelo propuesto era capaz de atender, por un lado, tanto la dimensión social de la salud – porque ayudaba a combatir la pobreza y a hacer justicia social–, como la económica, dado que favorecía la competitividad de las empresas, generaba riqueza y empleo, y no era inflacionario. Por otro lado, era capaz de armonizar el derecho social con la libre elección, la solidaridad y la universalidad con un paquete universal de servicios efectivos y costeados cuando se necesitara de atención. En otras palabras, se buscaba reconciliar, en un todo que era la propuesta de organización de un sistema de salud basado en la demanda, las necesidades sociales con las económicas, contradictorias en sentido estricto.

En 1998, el Dr. Julio Frenk aceptó ser Director Ejecutivo de Investigación e Información para las Políticas en Salud, de la Organización Mundial de la Salud, en la gestión de la noruega Gro Brundtland. La Dra. Brundtland estaba interesada en promover políticas sustentadas en una fuerte base de evidencia (*Informing & Reforming*, 1998: 1). El trabajo del Dr. Frenk fue el de organizar el polémico “Informe Mundial de la Salud 1999”,

con base en nuevos indicadores que favorecieran a los países con reforma bajo el modelo “Pluralismo Estructurado”, como fue el caso de Colombia, con un sorprendente lugar 22 en el ranking de calidad internacional. Entre sus colaboradores estuvo un conjunto de investigadores que lo venían acompañando desde la creación del Centro de Reinvestigación en Salud Pública, al igual que investigadores del círculo internacional como, por ejemplo, Philip Musgrove,⁵⁶ funcionario del Banco Mundial, quien se integró al equipo de la Dra. Brundtland para ser el editor en jefe del “Informe de la Salud Mundial”, y Christopher Murray.

Todas esas iniciativas reflejaban, en cierta medida, una visión específica de sociedad civil como ámbito dinámico y generador de eficiencia y riqueza. Esa visión emergió de un discurso crítico a la actuación del Estado en el sector social y del reconocimiento de la sociedad civil como una esfera que se encontraba dominada y sofocada por el poder del Estado. De suerte que la sociedad civil fue despolitizada para contraponerla al Estado y a los partidos, identificada con el mercado y entendida como un conjunto de organizaciones civiles como expresión de una nueva forma de hacer política, autónoma e independiente del Estado. Esa percepción de sociedad civil siguió, en cierta medida, las pautas de acción y de organización de Funsalud, aquella que es presentada tanto como una organización operativa de servicios para los pobres y para el sector empresarial y profesional de la salud, como de cabildeo. En la primera situación lo que se valora es la eficiencia de la gestión para dar respuesta a problemas, ya sea que éstos estén vinculados con la pobreza o con la administración de fondos. En ese marco, los pobres son considerados como destinatarios y receptores de sus acciones, y son convocados a participar solamente en la ejecución de los proyectos o a través de encuestas. En la segunda situación, como una organización de cabildeo, se reconoció el potencial inscrito en la trama de las relaciones sociales para efecto de su acción colectiva, y fue a partir de ese reconocimiento cómo actuó para crear una opinión pública favorable a la reforma y vincularla con el sistema político y con el Estado, fortaleciendo la organización del sector

⁵⁶ En noviembre de 2000, *The Lancet* publicó algunos artículos demoledores del Informe, uno de Vicente Navarro y el otro de un grupo de especialistas de Brasil de la Fundación Osvaldo Cruz. Philip Musgrove publicó en *The Lancet* (junio de 2003, vol. 362) un “ataque sin precedentes” al manejo estadístico y a los resultados del Informe, donde sugiere manipulación de estadísticas.

empresarial y de sus intereses en salud, lo que se basó en la visión de que nunca se puede dar “todo para todos”. En este sentido, sus acciones no estuvieron dirigidas a fortalecer una esfera pública entendida como espacio de representación de una sociedad plural con proyectos distintos, ni a impulsar la salud pública como responsable de la promoción y prevención de la salud, sino que prevaleció el punto de vista de la enfermedad, y en ese marco, su actividad se centró en formular y promover un modelo de organización y gestión de la actividad de atención a la enfermedad con eje en el aseguramiento y en el acceso a paquetes de asistencia médica.

CAPÍTULO 6

LOS SALUBRISTAS Y LA DEFENSA DE LA SALUD PÚBLICA: PERDEDORES O ACTORES EN LUCHA POR EL CONTROL DEL PODER SECTORIAL

En este capítulo se analizarán las reformulaciones de posiciones en el seno del salubrismo frente a los cambios que se introdujeron con la reforma, así como las alianzas construidas, dentro y fuera del sector para garantizar posiciones de poder o para oponerse a la política de reforma en nombre de un proyecto alternativo. El eje que organiza este capítulo se refiere a las interacciones de los actores salubristas, ya sea que éstos estén vinculados al PRI o a la izquierda, como reacción al proyecto de reforma del sector salud aunado a los cambios macroeconómicos y al reforzamiento de grupos de poder congregado en torno a la agenda de reforma.

Uno de los objetivos de este capítulo es demostrar que, a partir del gobierno de Miguel de la Madrid (1982-1988), como parte del proceso de reforma hubo un esfuerzo de redefinición de los protagonistas de la política de salud y de sus alianzas, así como bajo el manto protector del actor Estado y del pacto corporativo. En otras palabras, la propuesta es recuperar, de manera específica, las divergencias que surgieron entre los salubristas vinculados al PRI, la amplitud de esas divergencias, las estrategias de conservación del poder y de desplazamiento de grupos de poder y las tentativas de reorganización de un grupo de salubristas de izquierda en el ámbito del sistema político para hacer frente al proyecto neoliberal y conquistar el poder como condición para promover un proyecto social en el ámbito de la salud.

1. EL POSICIONAMIENTO DE ALGUNOS GRUPOS EN CONTRA DEL “CAMBIO ESTRUCTURAL”: UN ENFRENTAMIENTO SILENCIOSO ENTRE GRUPOS DE PODER

Un cierto ambiente desfavorable al proyecto de “Reforma Estructural” se hizo sentir en todo el período cuando el Dr. Soberón fue Secretario de Salud. El proyecto del “cambio

estructural” buscaba ir en contra de determinados intereses incrustados en la máquina estatal conforme fue previsto en el documento “Hacia un Sistema Nacional de Salud” y en otros elaborados con ocasión del proceso de reforma estructural.⁵⁷ Aunque pudiera haber existido en el sector una cierta expectativa positiva en relación con la conducción de la reestructuración del sector en dirección a un Sistema Nacional de Salud, por un grupo marcadamente diferente de los que hasta entonces habían respondido por la gestión del sector,⁵⁸ conformado por profesionales de la UNAM y encabezados por el Dr. Guillermo Soberón, algunos vinculados al PRI, ello no evitó que hubiera fricciones y rivalidades entre los grupos de poder internos al sector y los representantes del sindicalismo corporativo, ni tampoco que hubiera críticas por parte de salubristas no vinculados con el gobierno. Además, a medida que se iban dando los cambios en la política de salud en función de los ajustes económicos, los límites políticos del cambio se fueron haciendo más nítidos y se alzaron algunas voces disonantes. La crítica se tornó más visible después de 1985, cuando se inició el proceso de descentralización y el sector salud sufrió un nuevo recorte presupuestal que repercutió en el deterioro de los servicios y de los salarios de los trabajadores del sector, dando inicio a un proceso de confrontación entre grupos de poder internos al PRI y entre fuerzas políticas por el control de los rumbos del sistema de salud y de su modelo médico-asistencial, que acompañó a los tres subsecuentes períodos de gobierno.

La inconformidad de determinados grupos del PRI con la dirección que estaba tomando la política de salud estuvo alentada, en cierta medida, por el ambiente de tensión debido a las negociaciones político-económicas para una salida a la crisis, consensuada junto con las principales fuerzas de apoyo del régimen social, las amenazas de recorte de personal en el sector público (Blanco, M., 1995) y los efectos negativos de la política económica sobre el sector obrero y de servicios.

⁵⁷ Véase, por ejemplo, en la publicación *Temas de salud*, organizada por el doctor Soberón y otros (1988), y publicada por el Colegio Nacional, el capítulo referente al paludismo. El poder del sindicalismo corporativo fue siempre analizado como un obstáculo para el proyecto de reforma. Además, el propio Soberón argumentó que ya era “tiempo de superar posiciones que consideran la seguridad social como patrimonio y privilegio de ciertos grupos específicos de la sociedad... Mantener posturas excluyentes determinará que los no incluidos reclamen sus derechos. En ese momento, la integración ya no será un proceso planeado, sino impuesto por la coyuntura” (Kumate y Soberón, 1989: 214).

⁵⁸ Información adquirida en conversaciones informales con funcionarios de la SSA.

El acuerdo del gobierno de De la Madrid con el FMI en torno al rescate de la deuda externa estuvo condicionado a la implementación de un severo programa de ajuste estructural basado en la liberalización de la economía y en la reducción del déficit público. La apertura de mercado junto con la receta de austeridad del Fondo implicó, entre otras medidas, una disminución de subsidios, venta de paraestatales, reducción de gastos no productivos y la promoción del ahorro interno. El sector salud estuvo directamente afectado por las medidas restrictivas.

Esas estrategias, particularmente puestas en práctica de forma ortodoxa y sin mucha transparencia, y recurriendo a los tradicionales instrumentos de poder del régimen, no sólo afectaron la economía popular al imponer cargas tanto a grupos sociales políticamente importantes (como lo son los sindicatos) como a la población pobre, al mismo tiempo que disminuyeron los recursos para los programas sociales, aumentando la presión sobre los servicios públicos. El desempleo aumentó y el número de huelgas: “en la segunda semana de junio de 1983 coincidieron más de tres mil huelgas, cantidad superior a la de todo el sexenio anterior” (Trejo Delarbre, 1991: 328). La inconformidad de los trabajadores fue grande y se presentó como una amenaza para los líderes corporativos. Éstos se vieron obligados a pelear por reivindicaciones políticas para no ser suplantados por las disidencias.

Al “Foro del Movimiento Obrero en Defensa de los Contratos Colectivos y los Sindicatos” promovidos por el Sindicato Mexicano de Electricistas (SME), en febrero de 1984, asistieron setenta organismos sindicales, mezclándose sindicatos independientes y oficialistas, entre ellos, el Sindicato del Seguro Social, la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En ese foro se denunció la reducción del gasto social del Estado y la consecuente deficiencia de servicios de salud, educación, recreación, vivienda y transporte (Trejo Delarbre, 1989: 43-44).

Asimismo, la situación de trabajo en las instituciones de salud se deterioró debido a las políticas macroeconómicas sobre las que se acoplaron la reforma administrativa y la descentralización, ambas políticas promovidas de forma vertical por el Dr. Soberón. Hubo un aumento en la carga laboral, recortes de salario, amenaza de pérdida de derechos adquiridos, funcionarios desplazados de sus puestos de trabajo y sancionados al ser sus

tareas suspendidas. La descentralización provocó también el descontento de algunos gobernadores que argumentaban la falta de recursos y el pragmatismo de su ejecución, como lo expresaron en una reunión organizada por la Secretaría de Gobernación con el Secretario de salud. A su vez, la propuesta de hacer de la SSA la cabeza del sector, con poder sobre las instituciones de seguridad social, amenazaron la autonomía y los privilegios que siempre habían gozado las instituciones de seguridad social.

Además, para el sector salud, la política de control del déficit público afectó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia y a las Instituciones de seguridad social en su presupuesto, ocasionando problemas de abasto de insumos y de colas para solicitar atención. La demanda sobre los servicios de salud creció en las instituciones de salud, explicada por el “deterioro de las variables económicas: empleo, producción e inversión, así como por el impacto inflacionario” (Ayala Cabrera, 1988: 131). No sólo los trabajadores del IMSS y del ISSSTE, que combinaban atención en el ámbito de la seguridad social y en el sector privado, concentraron el sector paraestatal, elevando la demanda en el ISSSTE, por ejemplo, de 60 a casi 70% (Ruiz de Chávez, 1988: 41). También los desempleados y la población marginada en general, afectada en sus condiciones de vida, saturaron las instalaciones de la SSA con problemas asociados al deterioro del medio ambiente, presentándose, además, una mayor incidencia de enfermedades consideradas como controladas, como fue el caso del paludismo debido a la reforma administrativa (Ortega Lomelín, 1988: 48).

Frente a esta situación, fue creciendo entre los salubristas vinculados con las instituciones de salud pública y de investigación la percepción de abandono por parte del equipo del doctor Soberón de los postulados y compromisos originales de las instituciones de salud y de seguridad social para con la salud de buena parte de los mexicanos; lo mismo con la propia importancia de esas instituciones para el proyecto legitimador del Estado mexicano.

Como veremos más adelante, más que una lucha entre ganadores y perdedores materiales, como lo presentan muchos autores que adoptan la perspectiva de la elección racional o de confrontación entre grupos polares (estadistas y promercados), como muchas veces es presentada en la literatura especializada, hay que situar las divergencias entre los

salubristas en el contexto de las políticas de ajuste macroeconómicas y de alineamiento del sector salud a la dinámica económica que llevan al Estado a limitar sus responsabilidades frente al proceso salud-enfermedad-atención.

1.1. DEL MALESTAR DE LOS TRABAJADORES DE LA SSA Y EL CONFLICTO CON LA ESTRUCTURA DECISORIA Y SINDICAL DEL IMSS AL APOYO TOTAL DEL SINDICALISMO CORPORATIVO DE LA SSA A LA REFORMA

Los Sindicatos de la Secretaría de Salud (SNTSA) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (SNTSS), como organizaciones gremiales corporativas que se constituyeron para defender a los trabajadores en sus luchas por la seguridad en el empleo y mejores condiciones de salario y de trabajo, consideran que las instituciones públicas de salud y de seguridad social son una expresión de la naturaleza popular y clasista del Estado mexicano que permitió a la clase trabajadora y a los funcionarios públicos tener acceso a los servicios de salud, jubilaciones y pensiones, y a los pobres tener un servicio público asistencial. En consecuencia, la expresión retórica de esa alianza para el Sindicato de los trabajadores de la SSA está estampada en la definición de su papel: “*cooperación con los gobiernos de la República, sobre todo en la búsqueda de mejores opciones en la solución de los problemas que ha enfrentado y enfrenta nuestro país*” (SNTSA, 1984: 5). El resultado de esa cooperación fue hacer de los sindicatos un factor de movilización en apoyo a las políticas estatales, lo que permitió a los trabajadores sindicalizados obtener beneficios que quedaban muchas veces integrados al salario, compensando su subordinación al régimen corporativo (Zapata, F., 2005: 106, 129).

Para ese grupo, la existencia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia dirigida a atender a la población pobre, al lado de las de Seguridad Social para los trabajadores formales, es la expresión de la naturaleza social y del compromiso del Estado mexicano con los trabajadores y con los sectores de la sociedad “más desposeídos”. Para ellos, el Estado mexicano consolidado pos movimiento revolucionario trató de igualar en el derecho a todos los mexicanos, creando las instituciones de Salubridad y Asistencia para prestar servicios asistenciales de salud a la población campesina y pobre, y las instituciones de seguridad

social para atender a la clase obrera y así disminuir tensiones y conflictos entre el capital y el trabajo.

Estos sindicatos, que actuaron en conformidad con las reglas institucionalizadas producidas por la corporificación de las relaciones entre el Estado y los sindicatos, se definieron como “*un testimonio histórico de la alianza entre la clase trabajadora y el Estado*”, que actuaba en “*permanente cooperación con los gobiernos de la República, sobre todo en la búsqueda de mejores opciones en la solución de los problemas que ha enfrentado y enfrentará nuestro país*”, y cuyo proyecto ideológico era “[...] *fortalecer la vida sindical, o pugnar por los intereses legítimos de los servidores públicos y a transformar la esencia social del hombre, mediante la unidad, la solidaridad, la organización y la conciencia de clase...*”⁵⁹ Dichos sindicatos orientaron sus luchas exclusivamente en el ámbito de las reivindicaciones en el campo laboral: seguridad en el empleo, salario, control del escalafón, horarios, vacaciones, contrato colectivo, medidas proteccionistas de bienestar y, en el caso particular del SNTSS, por la nivelación de sus salarios con otros trabajadores del sector salud.

Estos sindicatos estaban, hasta entonces, de acuerdo con la política de salud puesta en práctica en el sector. En consecuencia, la mayor parte de las reacciones al proyecto de “Reforma Estructural” fueron impulsadas por cuestiones del campo laboral referentes a cada institución, como fue el caso del descontento manifestado tanto por el sindicato de la Secretaría de Salud como por el IMSS ante la política de descentralización por poner en riesgo los derechos laborales y representar una pérdida de plazas y reducción de plantilla de personal, lo que redundaría para ambos sindicatos en la pérdida de poder. El Sindicato del IMSS en alianza con la dirección del IMSS y su Junta de gobierno también estuvieron en contra de la intención del Secretario de Salud de intervenir en la política del IMSS.

Las cuestiones laborales fueron provocadas por la reforma administrativa y por la descentralización en el caso de la Secretaría de Salud, y en ambas instituciones por la disminución de los recursos y, por supuesto, de los salarios, así como por las amenazas de despido y por las condiciones de trabajo. Además, frente a algunas de esas cuestiones, las

⁵⁹ Documento elaborado en el período del Secretario General del CEN, el Ing. Federico Granja Ricalde, con ocasión de los festejos del 40 aniversario, en donde estuvo presente el Dr. Guillermo Soberón como Secretario de la SSA en expresión del pacto entre el Estado y el sindicato.

cúpulas sindicales se manifestaron, cada una por su parte y por separado, como también hubo movilizaciones llevadas a cabo por los grupos de poder en la lucha por el control de ambos sindicatos a partir de las secciones o por algún grupo disidente.

En el caso de la Secretaría de Salud, pese al control que existía por parte de la dirección del sindicato para con las bases (la represión de finales de 1978 y el encarcelamiento por segunda ocasión, en 1980, del principal líder del Hospital General, por motivo de la elección de la nueva dirección del Comité Ejecutivo Nacional [CEN] del sindicato de la SSA, que en general es negociada entre Gobernación, la Secretaría de Salud y los grupos sindicales), algunas pocas secciones del Distrito Federal promovieron, de manera fragmentada, movilizaciones que demandaban la nivelación salarial u homologación en relación con los trabajadores del IMSS, y hablaban de una lucha por la democracia sindical, logrando conformar la Coordinadora Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. Hubo manifestaciones y paros en algunos hospitales, particularmente en el Hospital General Juárez de México. Esos paros se hicieron para demandar un aumento salarial, la contratación de nuevos funcionarios para llenar las plazas vacantes y para oponerse a la reasignación de tareas, denunciar la falta de material de protección, la mutilación del CCT y los acuerdos de cúpula.

En la sección 62, por ejemplo, para respaldar la percepción de que ellos estaban haciendo más con menos recursos y de que la crisis estaba recayendo sobre ellos, debido al aumento de la carga de trabajo y a los bajos salarios, y para luchar contra las facciones dentro del sindicato, realizaron en 1992, con el apoyo de la Facultad de Economía de la UNAM, un estudio en torno a los salarios y a la productividad de los médicos y odontólogos de la SSA en el período. Dicho trabajo confirmó lo que sentían los trabajadores y reforzó la lucha de algunas facciones también priistas, contrarias al grupo de Joel Ayala, líder histórico-oficialista considerado corrupto y comprometido con la manutención de prácticas no democráticas.⁶⁰ En el trabajo se informó que en 1984 se atendían entre 5 y 9 pacientes por día; para 1990, se incrementó la consulta diaria a 29 y 25 pacientes. A su vez, en relación con los salarios, se denunció que entre 1981 y 1992 hubo

⁶⁰ Información de entrevista con líderes de la sección 62.

una reducción de su poder de compra de entre 41% para el nivel menos afectado, médico especialista, y de 71% para el caso más grave, administrativo, intendente.⁶¹

Una de las protestas más importantes de ese período, donde confluyó la lucha entre facciones dentro del sindicato por salarios y en contra del apoyo de la cúpula sindical a la política del gobierno, fue capitaneada por las enfermeras del Seguro Social y se sumó a los paros nacionales iniciados por los administrativos, demandando al IMSS un aumento salarial del 50%. El descontento se manifestó desde principios de 1984 y se reanudó con la actitud de apoyo a la política del gobierno del CEN del SNTSS, aceptando las condiciones impuestas por el Instituto en materia de trabajo. Entre ellas, “incrementos salariales equivalentes a los aumentos de emergencia fijados por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, sin incluir incrementos extras por la revisión contractual, dando como resultado un salario homologado con los salarios más bajos del sector salud” (Ortega y Solís de Alba, 1992: 45).

En relación con la descentralización, el Sindicato de la Secretaría de Salud, conocido por sus compromisos con el régimen y con el Partido Revolucionario Institucional (PRI), tomó una posición de apoyo a la propuesta del presidente De la Madrid de descentralizar los servicios de salud, y definió su participación en las negociaciones como de “celoso guardián de los derechos de los trabajadores” para que el proceso se llevara a cabo sin lesionar los derechos laborales de los trabajadores (Granja Ricalde, F., 239). En consecuencia, la posición del Sindicato fue apoyar la descentralización siempre que ésta no significara una amenaza a las plazas y sueldos de los trabajadores y a la propia unidad del sindicato. La propuesta del Sindicato de apoyo implicó, por lo tanto, que los trabajadores adscritos a los Servicios Coordinados de Salud Pública de los estados siguieran siendo considerados como empleados federales bajo la égida del apartado B, y que las estructuras sindicales siguieran intocables.

A su vez, los trabajadores del IMSS-Solidaridad se pusieron en contra de la descentralización debido a problemas del ámbito laboral, y en esa oposición contaron con el

⁶¹ Sección 62 (1992). De acuerdo con un estudio de la CTM, de 1993, las remuneraciones reales por trabajador en el sector público cayeron en 43% de 1981 a 1990, mientras que para los trabajadores en los servicios educativos y de salud cayeron en 53%, en administración pública y defensa en 42% y en la empresa pública en 24%.

apoyo del director del programa, contrario a la propuesta de atención primaria del equipo del Dr. Soberón y a la introducción de la cuota de recuperación.⁶² Además, López Orellano (1992: 175) señala que la entrega de las unidades de IMSS-Solidaridad se realizó sin el soporte humano, material y logístico administrativo necesario que proporcionaba el IMSS. A ello se sumó el conflicto establecido entre los representantes del IMSS que defendían un modelo de atención primaria más amplio, y la visión del equipo de la Secretaría basada en la atención básica a través de los Centros de Salud pobremente equipados.⁶³ En algunos estados, estos trabajadores llegaron a movilizar a las comunidades en contra de la propuesta de descentralización del IMSS-Solidaridad y crearon todo tipo de obstáculo para impedir su ejecución. De tal forma que, al final del sexenio, el IMSS había cedido sólo 28% de las unidades (González Block, 1989).

De hecho, a la propuesta en sí de “Reforma Estructural” de crear un Sistema Nacional de Salud bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, se opusieron la cúpula del sindicato del IMSS y su junta directiva por considerarla una amenaza a la autonomía del IMSS. Para ese entonces, el Lic. García Sainz era el director del IMSS, y contó con el aval del sector empresarial y de la CTM. La reacción del IMSS invalidó la propuesta del doctor Soberón de limitar la autonomía de las instituciones de seguridad social a partir de la consolidación del SNS bajo la hegemonía de la SSA.

No obstante, el descontento existente entre los sindicatos en relación con las consecuencias de la política de salud puesta en práctica en ese período para sus intereses particulares no fue obstáculo para negociaciones entre la cúpula y la dirección de la Secretaría de Salud, y las cúpulas sindicales no dejaron de gozar de su poder en el sector ni de intervenir en las decisiones, condicionando las relaciones entre el Estado y los trabajadores del sector.

1.2. EL MALESTAR DE LOS SALUBRISTAS PRIÍSTAS Y DE LOS INVESTIGADORES EN SALUD PÚBLICA CON LA CONDUCCIÓN DEL CAMBIO

⁶² Entrevista informal con un exdirector de la Sociedad Mexicana de Salud Pública.

⁶³ Información confirmada en conversaciones informales con funcionarios antiguos de la SSA.

La percepción de los salubristas vinculados a las instituciones de salud pública acerca del proyecto del Dr. Soberón se fue modificando en la medida en que, con la puesta en práctica del llamado proyecto de “Reforma Estructural”, los cambios introducidos sirvieron para explicitar sus limitaciones estructurales. Ese grupo estaba preocupado por el futuro de las instituciones públicas de salud como expresión del proyecto social del Estado mexicano y como ámbito legítimo para proveer servicios y bienes con el fin de preservar la salud y el bienestar de la colectividad.

Un primer grupo de inconformes estaba constituido por salubristas vinculados a las áreas operativas y administrativas de la Secretaría de Salud, quienes, como parte de la administración del gobierno federal, poseían un peso determinado que les permitía influir en las decisiones y en la puesta en práctica de determinados programas, en particular en lo que se refería a las acciones de prevención, de atención a la salud a comunidades rurales y de control de las enfermedades infecciosas a través de los programas verticales o de los servicios coordinados. Formados en la Escuela de Salud Pública o en la propia Secretaría, o con especialidad en Medicina Familiar por la UNAM, y miembros de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, los integrantes de ese grupo compartían la visión que sustentaba la actuación del Estado como proveedor de servicios y bienes en salud, acerca de que la salud es una responsabilidad del Estado. Además, algunos de esos salubristas percibían que su actuación en las comunidades era parte del esfuerzo de promoción del desarrollo nacional-modernizador entre los grupos marginados.

Dicho grupo se sintió amenazado por el equipo del Dr. Soberón tanto en el aspecto técnico orientador de la atención sanitaria como en el administrativo-político. Esa sensación fue tomando cuerpo a medida que avanzaba la reforma administrativa y la desestructuración de algunos programas de salud pública, y como resultado, algunos de los que ocupaban mandos medios se vieron alejados de sus puestos y sin espacio de poder, y otros se quedaron sin su materia de trabajo en las comunidades. La tensión que se estableció entonces fue entre esos salubristas, los cuales no sólo defendían la provisión de servicios por parte del Estado y su autoridad científica y técnica que orientaba su actuación junto a las comunidades en el combate a las enfermedades, sino que además, estaban vinculados políticamente con las comunidades blanco de sus acciones a través del aparato

político del PRI o de la administración pública, y el nuevo salubrista representado por el grupo del Dr. Soberón, que consideraba suplantado el modelo de acción de ese grupo tanto en el plan político-ideológico como técnico, y privilegiaba la acción gerencial de las instituciones de salud pública. Como ya se vio en el capítulo anterior, los miembros del equipo del Dr. Soberón no sólo replantearon el objeto de trabajo de la salud pública para desvincularla de los compromisos asumidos en el pasado, sino que también ubicaron su práctica proponiendo nuevas relaciones entre el mercado, el Estado y la sociedad.

De modo que, para un ex director de la Sociedad de Salud Pública con vínculos con el PRI, el Dr. Soberón, esto no favoreció a los salubristas con una larga práctica en la operación de los servicios, por el contrario, *“estableció un cerco en torno a su equipo imposibilitando un mayor acercamiento, ya sea de la base operativa con su equipo, o de la Sociedad con el Secretario, dando inicio a un período de distanciamiento que continuó con el Dr. Kumate”* (Entrevista n° 2).

En otras palabras, la tensión dentro del salubrismo priísta se dio porque el grupo de Soberón buscaba monopolizar el poder sobre las decisiones en el ámbito de la Secretaría de Salud.

El otro grupo opositor estaba conformado por investigadores en salud pública, algunos vinculados al proyecto de medicina social de la UAM-Xochimilco, de posición de izquierda y con militancia de algunos en pequeños partidos, otros en la Escuela de Salud Pública, buscando desarrollar un proyecto alternativo de base comunitario, o en el Departamento de Salud Comunitaria de la UAM, donde vamos a encontrar a algunos salubristas próximos a la visión estructuralista-keynesiana que orientó el programa COPLAMAR, y vinculados a grupos de poder del PRI, comprometidos con el desarrollo sostenido por el Estado. Esos grupos, desde diferentes espacios y lecturas del proceso salud-enfermedad-atención, tenían en común el compromiso de hacer de la salud un atributo político, ya fuera de la lucha socialista o por una democracia ampliada en México, sustentada en el fortalecimiento de un proyecto social capaz de incorporar los sectores populares al desarrollo como condición para superar su situación de exclusión.

Ese grupo, que en cierta medida compartía la propuesta de conformación de un Sistema Nacional de Salud como estrategia para extender la cobertura a los grupos más

desprotegidos, universalizándola, en un primer momento interpretó la ascensión del Dr. Soberón y de su equipo como una renovación y una quiebra del monopolio del grupo salubrista tradicional que estaba al servicio del PRI y del capitalismo en México.⁶⁴

En el caso, por ejemplo, del grupo de la UAM-Xochimilco congregado en torno al concepto de medicina social, todo indicaba que preferiría, en un principio, desconocer la propuesta de la “nueva salud pública” y no polemizar como grupo con proyectos conceptuales distintos para la práctica y teoría de la salud pública, concentrando su esfuerzo en torno a su propio proyecto crítico de formación de recursos humanos y de investigación, centrado en los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad-atención con gran legitimidad en toda América Latina, ejerciendo su compromiso político-ideológico a través de una producción crítica.

Sin embargo, a medida que el descontento de los trabajadores del sector fue en aumento debido a los recortes en el presupuesto y el repunte de enfermedades controladas, fue creciendo entre ese grupo la apreciación de que las salidas a la crisis puestas en práctica estaban gestando, en el sector salud, algo que no se sabía bien qué era y que podría poner en riesgo la visión social de salud pública como ámbito de realización del proyecto social del Estado y del propio proyecto político de democratización de la sociedad mexicana. De acuerdo con una de las investigadoras de la Medicina Social, “los planteamientos iniciales sobre la protección a la salud como derecho de todos los mexicanos se desvirtúa al prevalecer los componentes neoliberales de la política social en la conformación del SNS” (López Arellano, 1992: 170).

Por su parte, salubristas de izquierda que buscaban construir una alternativa desde las comunidades, vinculados con la Escuela de Salud Pública, también expresaron su descontento con el proyecto salubrista del equipo del Dr. Soberón, argumentando que la política de salud en práctica estaba llevando “*a la población y a los trabajadores de la salud pública a un peligroso cuestionamiento de la legitimidad política de la salud*”. (Entrevista n° 4)

Sin embargo, el descontento de ese grupo de salubristas en relación con la gestión política de la salud en práctica en el período del Dr. Soberón, no necesariamente aseguró

⁶⁴ Entrevista n° 5, salubrista de izquierda.

una dirección definida de acciones a ser llevadas a cabo en el ámbito del sector, ni se conformó con una relación bipolar en contra de los cambios que sucedieron en el referido período de gobierno. Pero, de cualquier forma, expresó el reacomodo ideológico importante para el sector bajo la perspectiva de un mayor fortalecimiento de la visión clínica-terapéutica-liberal-privada de la salud y de una reconfiguración de la lucha política sectorial, articulada a los cambios en el sistema político con nuevos actores y alianzas, y que posibilitó, en las gestiones posteriores, una crítica más constante al proyecto reformador dirigido al mercado y a la construcción de un proyecto alternativo.

A) El salubrismo en movimiento

El proyecto de “Cambio Estructural” encabezado por el doctor Soberón, amenazó el poder de algunas de las fuerzas político-ideológicas y técnico-profesionales abrigadas por el Estado mexicano, entre ellos, los salubristas en cuanto funcionarios gubernamentales asalariados, en particular aquellos que ocupaban cargos de mando medio en la estructura de la Secretaría de Salud debido a sus vínculos con grupos de poder del PRI. La creciente importancia que fue tomando el proyecto de la “Nueva Salud Pública” con su discurso de crisis de la salud pública y de crítica a la Escuela de Salud Pública, acompañado de una nueva propuesta de formación de recursos humanos, contribuyó a aumentar la percepción de cambio de orientación de las políticas de salud y el reclutamiento de nuevos cuadros para la administración.

El salubrismo como práctica social articulada al Estado mexicano había actuado subordinado a sus objetivos sociales y políticos que tomaron forma a través de una diversidad de programas de prevención y de atención médica, y de algunas propuestas de base comunitaria que buscaban la integración progresiva al desarrollo de la población indígena, del campesino y de la población pobre urbana. Además, al igual que en otros países del continente americano (Hochman y Armus, org., 2004; Menéndez, 1994), desde el inicio del siglo pasado no sólo se vinieron creando las funciones de inspección y fiscalización sanitaria, de promoción de la higiene pública y de programas dirigidos al combate de enfermedades infecto-contagiosas y a mejorar la situación de salud de determinados grupos sociales, sino también Escuelas para formar los cuadros

especializados que el propio Estado necesitaba para sus acciones reguladoras en función de los proyectos de sociedad que les daban sentido. De cualquier modo, hay que observar que en el caso de México, aunque aparentemente la Secretaría de Salubridad y Asistencia contó con cuadros administrativos que poseían una formación salubrista, lo que pareció definir su política de reclutamiento y de promoción de cuadros medios y altos fueron los vínculos personales con grupos de poder del área médica y/o del PRI.

Asimismo, desde ese período y a lo largo del siglo pasado, de forma discontinua, como observa Menéndez (*op. cit.*), el Estado en México se apoyó en las comunidades para promover acciones de promoción a la salud; en el indigenismo para aproximar los pueblos indígenas a las prácticas curativas biomédicas, y en la educación a la salud como estrategia para hacer llegar los servicios de salud y mejorar su nivel de salud. De tiempo en tiempo las parteras empíricas fueron objeto de políticas de adiestramiento y capacitación, y los curanderos populares fueron instrumento de la política de salud. Además, en la década de los sesenta se pusieron en práctica programas de desarrollo comunitario articulados con acciones en salud para mejorar los niveles de salud y de bienestar de las comunidades rurales pobres. La puesta en práctica de esos programas requería de una mayor proximidad del funcionario con la comunidad para conocer de cerca las condiciones de vida y de salud de la gente, y para que se insertasen en los grupos de poder regionales, actuando muchas veces como intermediarios entre el centro y los grupos regionales-locales.

Los acuerdos técnico-políticos para llevar a la práctica esos programas aproximaron a los salubristas a las fuerzas regionales del PRI y los llevó a participar, a través del Instituto de Estudios Políticos Económicos y Sociales del PRI, en la Coordinación de la Consulta Popular en Materia de Salud y Seguridad Social durante las campañas presidenciales. Algunos de estos profesionales apoyaban campañas políticas de los candidatos a diputados por el PRI. Además, en la década de los setenta crecía entre los salubristas la visión articulada de la atención primaria integral para promover una política de salud más participativa, de base comunitaria.

Estos salubristas eran, en su gran mayoría, médicos, enfermeras o de profesiones afines, y percibían su actuar profesional como parte del esfuerzo del país para mejorar la situación de salud de la sociedad. Un grupo importante de ellos se congregaba en la Sociedad

Mexicana de Higiene, y después de Salud Pública, subsidiada por la Secretaría de Salud desde su constitución en 1944. Como una organización de carácter gremial tenían como propósito crear una conciencia social en el gremio en el campo en el que se desempeñaban, así como aportar conocimientos científicos y técnicos, además de ser el órgano de defensa de mejores condiciones laborales para sus agremiados y, por supuesto, ser un espacio de participación del personal técnico y de egresados de la Escuela de Salud Pública, de la especialización en Medicina Familiar y de la Secretaría de Salud.

Su cuerpo directivo era convenido junto con las autoridades de la Secretaría de Salud y se nutría de los trabajadores de ésta. Su influencia se extendía en algunos estados a través de las sociedades afiliadas, en particular en Oaxaca, Veracruz, Sonora, Guanajuato, Estado de México, Yucatán, Zacatecas y Michoacán. Casi todos sus ex directores fueron jefes de los Servicios Coordinados en los estados, lo que los comprometía no sólo con la defensa profesional del salubrista, sino también con su mística, basada en la acción comunitaria (SMSP, 1994).

Los salubristas vinculados con la Sociedad de Salud Pública reclamaban, desde la segunda mitad de la década de los setenta, su lugar técnico-profesional en la Secretaría de Salud a través de la incorporación de la sociedad a los Organismos Oficiales Consultivos en Materia de Salud del gobierno federal, en los que participaba la elitista Academia Nacional de Medicina.⁶⁵ Ese reclamo estuvo presente en la década de los ochenta y continuó en la siguiente, alentado por la convicción de uno de sus directores, el Dr. José Luis Luna Aguilar (1993-1994), quien aspiraba al mismo reconocimiento de su organización hermana canadiense en lo relativo a la política de salud.⁶⁶

A su vez, existía en el México de ese entonces, como se vio en el Capítulo 2, una fuerte discusión a favor del fortalecimiento de la acción social del Estado en el ámbito de la salud pública y entre la población marginada (COPLAMAR, IMSS-Solidaridad), movimientos sociales que buscaban la mejoría de las condiciones de vida y de salud, y la reivindicación de una política de salud, de respeto y estímulo al pluralismo étnico (Page

⁶⁵ Véase el Informe anual del Dr. José Carrillo Coromina, presidente de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. En Memoria, XXXVI Reunión anual de la Sociedad mexicana de Salud Pública, Acapulco, octubre de 1982, Higiene, noviembre-diciembre, 1982, vol. 32, n° 6.

⁶⁶ Entrevista n° 2.

Pliego, 2002: 29), así como un intercambio muy grande de ideas que vinculaba a investigadores mexicanos con los núcleos de renovación de la salud pública del Continente. Además, fue cuando se dio la Declaración de Alma-Ata, hecha por expertos en Atención Primaria, y se fortaleció la propuesta de la salud como un derecho social y las visiones centradas en las dimensiones sociales, políticas y culturales del proceso salud-enfermedad-atención que reclamaban “modificaciones en los servicios así como en las condiciones de producción y de vida que generan daños a la salud e inseguridad social” (López Acuña, 1984: 217).

Esas dinámicas, aunque de diversas naturalezas, favorecieron la presencia, entre los salubristas de México, no sólo de la mística de la salud pública, sino también, al lado de un planteamiento integracionista de los pueblos indígenas en el ámbito de la salud (que encontró oposición junto a aquellos más próximos al Instituto Nacional Indigenista con posiciones a favor del pluralismo étnico), el reconocimiento del Estado como un ámbito de acción de promoción de la justicia social asociado con las propuestas de base comunitaria-participativa, acopladas a una visión de desarrollo económico-social que incluyera la salud para lograr mejores niveles de bienestar para los sectores populares. En otras palabras, distintos proyectos ideológicos y políticos que trascendían el sector expresando la propia diversidad social de México.

La llegada del equipo del doctor Soberón a la Secretaría de Salud fue percibida por un grupo de salubristas como una amenaza al *status* de los profesionales de la salud pública vinculados a los diversos programas verticales que promovieron la erradicación de la viruela, de la fiebre amarilla y del bocio endémico, el control de las enfermedades susceptibles a la vacunación a los programas de salud comunitaria, así como también un retroceso en materia de prevención y de actuación en el ámbito de las comunidades.

Esa percepción se expandió entre algunos salubristas, favoreciendo la apreciación de amenaza para su espacio técnico-político y su autoridad como expertos capacitados para proponer soluciones y actuar en salud pública en el ámbito comunitario a medida que avanzaba la gestión del Dr. Soberón. Al mismo tiempo, muchos de ellos se sentían cuestionados y descalificados en su saber al ser desplazados tanto por médicos con especialidades clínicas sin vivencias relacionadas con la salud pública como por un nuevo

grupo de salubristas graduados en el exterior y que aún no habían adquirido experiencia en México, y los cuales, según ellos, *“no tenían la sensibilidad y el conocimiento suficientes para actuar entre la población pobre de México así como por economistas y otros profesionales sin vivencia ni compromiso con la salud pública”*. (Entrevista n° 2).

Contribuyó en esa percepción de algunos salubristas vinculados al poder priísta el propio distanciamiento que el Dr. Soberón estableció con la Sociedad de Salud Pública, el cual se hizo sentir desde el inicio del sexenio, cuestión nueva para la Sociedad, que siempre necesitó del apoyo del Secretario para sus eventos. De acuerdo con un miembro de la Sociedad, que fungía como Jefe del Departamento de Relaciones Internacionales en la Dirección de Asuntos Internacionales de la SSA en la gestión del Dr. Soberón, y quien era el responsable de organizar uno de los congresos de Salud Pública de la Sociedad, el Dr. Soberón apoyó la iniciativa, pero el día de la inauguración, para el que se contaba con la participación de representantes de la Sociedad de Salud Pública de Canadá y de otros países, el Dr. Soberón envió en su representación a su señora esposa. Ese hecho fue interpretado por algunos miembros de la Sociedad como una muestra del tipo de relación y de consideración del Secretario para con la Sociedad y sus agremiados.

El distanciamiento establecido entre el Secretario de Salud y la Sociedad se constituyó en un indicativo de disyunción con lo que hasta entonces representó la Sociedad tanto en términos políticos como técnicos, y se reflejó en la disminución de socios, en dificultades económicas que obstaculizaron la realización de sus congresos y en la publicación de la revista Higiene. Además, en el ámbito de la Secretaría de Salud, fueron arrinconados en el área operativa, cuando no desplazados, por otros profesionales, algunos ajenos al sector, para ocupar los cargos de mando medio y altos. Como parte de ello, estos salubristas no fueron incorporados ni considerados en la dinámica de la toma de decisiones.

No cabe duda de que durante el período del Dr. Soberón en la Secretaría de Salud hubo un gran descontento entre los salubristas frente a su debilitamiento como fuerza técnico-política, aunque éste fue difuso y no necesariamente definitivo. Por lo demás, como vamos a ver más adelante, algunos salubristas criticaron ciertas acciones puestas en práctica para mejorar la cobertura de los servicios de salud. Alegaron, por ejemplo, que la propuesta de atención primaria basada en los servicios básicos era contraria a la que venía siendo

discutida y entendida de acuerdo con el Dr. Luna Aguilar, salubrista y ex director de la Sociedad de Salud Pública, “*como parte integral tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad*”.

Aunque las inquietudes fueron muchas, tanto en relación con el marco ideológico como técnico, bajo el cual estaba orientando e instrumentalizando el “cambio estructural”, los salubristas como grupo profesional no fueron capaces de constituirse en una fuerza opositora con un proyecto alternativo, como veremos a continuación.

Por ello, parece que el descontento de esos salubristas solamente tuvo el poder de generar tensiones en el ámbito de las relaciones burocráticas sin romper con las pláticas institucionales de poder. En algunos casos, en las entrevistas me dijeron que estas tensiones provocaron una cierta parálisis en ciertos sectores, y que incluso, en ocasiones, el Secretario se vio obligado a actuar mediante la emisión constante de órdenes y de la inspección permanente para hacer cumplir sus propuestas (Loewer, 1988, 3-4; y entrevista con salubrista vinculado al proyecto COPLAMAR y con un ex director de la Sociedad de Salud Pública).

El descontento entre algunos de los salubristas priístas también se hizo sentir en torno al control de la política de formación de los recursos humanos para la salud pública y, en algunos momentos, con la radicalización de un pequeño grupo compuesto tanto por salubristas de la Secretaría de Salud y por algunos de los investigadores de la Escuela de Salud Pública comprometidos con la práctica social-comunitaria de la salud pública, adquiriendo un carácter de lucha ideológica y de confrontación con el proyecto de “cambio estructural”, y, en lo específico, con su propuesta de modelo de atención a la población pobre y de la visión de salud pública.

El INSP fue palco de esa lucha, institución creada en 1987 para formar la nueva inteligencia para gerenciar los servicios de salud. Estos salubristas plantearon el debate en la Revista *Higiene* –órgano de difusión de la Sociedad Mexicana de Salud Pública– en los Congresos de Salud Pública. Ante los obstáculos presentados para continuar como maestros en el INSP con un proyecto más práctico que académico, recurrieron a la prensa por medio de algunas cartas públicas publicadas en periódicos de gran circulación, como *La Jornada* y

Excelsior, entre 1988 y 1990, para dirigir sus denuncias y abogar por un proyecto alternativo para el sector salud.

Ahora veamos cómo reaccionó ese grupo de salubristas ante el proyecto de la “Nueva Salud Pública”.

B) La voz salubrista por la defensa del proyecto social-comunitario de la salud pública

La prioridad otorgada a una racionalización administrativa que iba en contra de programas tradicionales de prevención provocó descontento entre algunos salubristas vinculados al PRI y en otros con perspectivas ideológicas de izquierda, sensibles a las movilizaciones sociales por salud y relacionados con la Escuela de Salud Pública que pretendía vincular la salud pública con los problemas de salud de las comunidades. Ese grupo se tornó más visible a través de la lucha por la defensa de la Escuela de Salud Pública como expresión de una visión de salud pública asentada en las responsabilidades del Estado para con la salud de la gente y en contra del proyecto técnico-científico de la “Nueva Salud Pública” que replanteaba esas responsabilidades.

Dicho grupo rechazó el diagnóstico de los neosalubristas referente a la obsolescencia de la teoría y la práctica de la salud pública, y, por añadidura, lo que en cierta medida los llevó a unirse, incluso independientemente de sus divergencias ideológicas, fue la percepción común de que los neosalubristas no estaban preocupados por la salud pública y que no existía un proyecto de rescate de la Escuela de Salud Pública, sino su deslinde de las acciones del Estado, toda vez que lo que se daba era una política de desprestigio de la salud pública tanto en el ámbito de la Secretaría de Salud como en el de la Escuela. El entredicho fue sustentado con base en los siguientes argumentos: a) reconocían que había un desfinanciamiento del sector; b) una reducción al mínimo de las actividades, y c) el abandono de los programas tradicionales de salud pública, como por ejemplo, el de vigilancia del niño sano o el de detección temprana y control de la fiebre reumática.

Con respecto a la Escuela denunciaban: a) que ninguno de sus puestos de dirección estaba ocupado por personal de antes de 1982; b) que los profesores de épocas anteriores difícilmente tenían acceso a las aulas, y c) la falta de defensa de los egresados sistemáticamente desplazados de sus puestos de trabajo.

Esos salubristas reafirmaban su visión de que la salud pública no estaba en crisis, e iban en contra de la tesis de su agotamiento como práctica social del Estado, y menos aún del proyecto de la Escuela de Salud Pública asentado en la formación de recursos humanos técnicos para actuar en la comunidad. La sustentación de esa visión se basó en la persistencia de las enfermedades respiratorias agudas y las diarreas, la desnutrición, las altas tasas de mortalidad infantil y materna como un indicativo de la actualidad de la salud pública, ya fuera para actuar mejorando la situación socio-económica y la infraestructura básica de la salud pública o formando recursos humanos de nivel intermedio, importantes para la acción del Estado. Sin embargo, reconocieron que el proyecto de Salud Pública que dominaba en la Secretaría de Salud y en la Escuela tenía que ser renovado, lo que implicaba tanto *“romper con las estructuras burocráticas ya inútiles y esclerosadas”* de la Secretaría de Salud, como estructurar una nueva propuesta comprometida con los problemas de salud de la población pobre. (Entrevista n° 4)

En consecuencia, reconocieron que para renovar el proyecto existente en la Secretaría de Salud no se hacía necesaria la excelencia académica en la formación y capacitación de los egresados de la Escuela, como proponía el grupo de la “Nueva Salud Pública”. Eso porque consideraban que para dar respuesta a las grandes necesidades de salud de la población lo que se necesitaban eran acciones efectivas, *“para las cuales es más que discutible una estrategia elitista de formación de personal”*. (Entrevista n° 4) A su vez, el entrevistado, argumentaba que la respuesta a estos problemas de salud generados por la situación social no se encontraría en la investigación genética ni con la política de excelencia académica en marcha en la principal institución de formación de recursos humanos, que había llevado a la dimisión o a las jubilaciones forzadas de muchos salubristas.

Según la perspectiva de ese grupo de salubristas, lo que requerían la Escuela y el sector era romper con la tradición vertical de las instituciones de salud, crear las condiciones necesarias para una mayor participación de la comunidad en los programas de salud y sustentar un proyecto académico democrático basado en la buena docencia, capaz de transmitir conocimientos, valores y habilidades a los educandos y no la producción de nuevos conocimientos. La habilidad requerida fue definida como la que permitiría a los

cuadros ejecutivos tomar decisiones acerca de acciones útiles a la población. Consideraban que para ello no se hacían necesarios los conocimientos de frontera, fruto de la investigación de excelencia y sin la práctica sanitaria adquirida en la administración de servicios de salud y en la epidemiología de campo.⁶⁷ En consecuencia, denunciaron la incapacidad de los adeptos de la “Nueva Salud Pública” de sustentar un proyecto académico democrático, así como el clima de sectarismos en el INSP de competitividad entre los investigadores, en donde la preocupación por aumentar el currículum y de hacer una investigación de excelencia académica sobrepasaba el interés colectivo del grupo. Argumentaban que debido a lo anterior la docencia estaba quedando en manos de los auxiliares y ayudantes de investigación. Además, estos salubristas se posicionaron en contra del monopolio de la Revista *Salud Pública de México* por el Instituto, alegando, conforme lo indica el nombre, que era de México.

De manera que, una parte de estos salubristas estaban poniendo en tela de juicio tanto la legitimidad científica como política del proyecto de los neosanitaristas para dar respuesta a los problemas de salud de la población mexicana, así como el alcance de las soluciones técnicas en marcha. Reclamaban que no era adecuado instrumentalizar programas de atención a la población pobre con base en la atención de menor costo y en la atención básica que se limitaba a prestar servicios mínimos, llevados a cabo por agentes de salud de la comunidad en lugar de la atención profesional, capacitada para cuestiones de salud colectiva.

Esos salubristas alegaban que tales estrategias no estaban basadas en un compromiso con las necesidades del pueblo mexicano, pero sí en un fundamento científico equivocado de la transición epidemiológica que no estaba existiendo en México y que estaba llevando al apego a las propuestas de atención focalizada, de menor costo y mayor efectividad, como salida al problema del acceso. Alegaban que el estado de salud de la población mexicana no implicaba un cambio en el modelo de enfermedades del subdesarrollo por otro modelo, el de enfermedades del desarrollo, como planteaban los neosalubristas con el modelo de transición epidemiológica. Por el contrario, afirmaban que

⁶⁷ Véase la carta de Renuncia de Ricardo Loewe al Instituto Nacional de Salud Pública, dirigida al Dr. Julio Frenk Mora, Director General del INSP, y con fecha del 28 de febrero de 1989 (Loewe, 1989). ¿Obsolescencia de los trabajadores de la salud pública? Higiene.

a los viejos problemas derivados de la insalubridad y de la desnutrición se habían sumado los nuevos, provenientes de la industrialización y de la violencia urbana.

Motivados por esos análisis, sostenían que los neosalubristas eran, en parte, responsables del desfinanciamiento del sector, de la reducción al mínimo de las actividades y del abandono de los programas tradicionales de salud pública, como por ejemplo, el de vigilancia del niño sano o el de detección temprana y control de la fiebre reumática.⁶⁸ Además, se percataron de que la puesta en práctica de esas estrategias corroboraba la legitimidad del proyecto social del Estado mexicano, toda vez que la “política como técnica” no lograba construir una base social de apoyo entre la población objeto de las políticas de salud. Para ellos, la tecnocracia transformada en política no estaba contribuyendo en alargar el campo democrático ni en dar una respuesta a la inequidad. Ello porque, *“el polo privilegiado de la sociedad sigue contando con servicios calificados, mientras que la mayoría de la población debe conformarse con ser objeto de ahorro”*. (Entrevista n° 4) A su vez, consideraban que la toma de decisiones continuaba siendo vertical y jerarquizada, aunada a una concepción basada en la separación del trabajo intelectual y el manual, que podría resultar en la creación de una nueva aristocracia de técnicos, desvinculada del conjunto de los trabajadores de la salud y de la población usuaria de los servicios de salud. Consideraban que esa concepción de toma de decisión no era capaz de modificar las redes de poder político local.

En consecuencia, los salubristas argumentaban que el grupo de la “nueva salud pública” (a diferencia de la propuesta de la Escuela, sustentada en un compromiso social originado en el conflicto de 1910), estaba comprometido con la visión neoliberal de la salida de la crisis y que, en ese sentido, su experiencia técnico-científica servía para proporcionar los medios para la puesta en práctica de un determinado proyecto de desarrollo que iba en contra de los intereses de los grupos sociales más pobres. Fundamentaron su argumentación demostrando que muchas de las propuestas que estaban siendo puestas en práctica por el doctor Soberón, entre ellas la descentralización y la participación comunitaria, se habían abierto paso en el campo sanitario concomitantemente con la crisis económica, y que debido a esa conjunción de intereses entre el campo sanitario

⁶⁸ Loewe (1989).

y el económico esas propuestas se estaban alejando de sus planteamientos iniciales, surgidos en los años 70 en el marco de la Atención Primaria Integral, apoyada por los organismos técnicos sectoriales como un medio capaz de lograr “Salud para Todos en el Año 2000”, sostenida en medidas que preservaban la salud y que intervenían en la enfermedad; concepción ésta que habían apoyado diversas propuestas tales como Coplamar y el IMSS-Solidaridad.

En otras palabras, buscaban demostrar que esas medidas no tenían una credibilidad conquistada en el campo sanitario ni eran neutrales o independientes, pero sí que su legitimidad había sido construida en el ámbito económico y que sus compromisos estaban dirigidos a la estabilidad financiera y no al bienestar social.

A medida que se acercaba el final del período de gobierno, esa visión fue ganando espacio y el apoyo del presidente de la Sociedad, el salubrista Jorge H. Burquete Osorio, para el período 1988-1989. Fue entonces que ese grupo, a través de artículos publicados en *Higiene*, no sólo denunció sino que convocó a los salubristas a construir un proyecto alternativo. En sus propias palabras:

La disminución relativa de la capacidad instalada, la presión de la demanda sobre los servicios públicos por la insolvencia creciente de la población y la baja relativa de calidad han causado problemas tanto de legitimidad de las instituciones ante la opinión pública, como de personal, estos últimos por la sobrecarga laboral. Así, la reducción presupuestal, el desempleo y la reducción de la capacidad instalada en el sector, junto con el aumento de la presión de la demanda, han impuesto duras pruebas al personal adiestrado en salud pública. Éste se ha visto desplazado de los puestos que tradicionalmente ocupaba, tanto por la reducción del aparato estatal como –sobre todo– por la búsqueda del Estado de nuevas fórmulas para la solución de los problemas mencionados (Ricardo Loewe, Editorial de la Revista Higiene, 38 (3): 3-4, 1988).

Además, relacionaban la “tecnología hecha política” con “el ahorro de recursos, la obtención de máximo beneficio con el mínimo esfuerzo”, cuestión que para estos salubristas sería “inobjetable de considerarse las necesidades sentidas de la población” (Ricardo

Loewe, Editorial Revista *Higiene*, 38 (3): 3-4, 1988). Reafirmaban la necesidad de una salud pública comprometida con los sectores pobres, desvinculada de las decisiones tecnócratas basadas en la doctrina del costo-beneficio y comprometida con el “*crudo mundo de la búsqueda de lucro*” que conlleva a poner un “*precio diferencial a la vida humana, de acuerdo con la edad, el sexo o el estrato social*” y que en el mejor de los casos se propone “*cómo salvar el mayor número de vidas al más bajo precio*”. (Entrevista n° 4)

Con base en lo anterior, se buscó una ruptura ideológica con la visión que hasta entonces se tenía en la Escuela, y se defendió la actualidad y validez de su proyecto técnico-científico, basado en la preocupación de sensibilizar al alumno para que amplíe su visión en torno a la problemática social del país, considerando la salud como una variable dependiente de la situación económico-política, para, consecuentemente, llevar a cabo una acción más responsable de la población.

En sintonía con el contexto político de ruptura dentro del PRI y de búsqueda de nuevas alianzas y proyectos de sociedad, y frente a esa nueva realidad que se estructuraba en la Secretaría de Salud, esos salubristas propusieron la necesidad de crear una contrapropuesta capaz de evitar que los “*viejos trabajadores de la salud pública*” fueran despojados de su objeto de trabajo. Esa alternativa debía de apuntar hacia nuevos caminos en la investigación epidemiológica y administrativa, manifestando en la práctica innovaciones más eficaces, en estrecho vínculo con la población y capaces de evitar el grupismo y el enfrentamiento estéril, y aprovechando a la Sociedad Mexicana de Salud Pública como espacio de congregación y de lucha por el futuro. (Entrevista n° 4)

La Editorial de la Revista *Higiene* (en el número de mayo de 1988) mencionó ese deseo de: “[...] *conjugan las diversas inquietudes profesionales de sus socios para definir no sólo un plan de acción sino un análisis histórico del sector y proponer alternativas congruentes a la realidad nacional*”. En cierto sentido, reafirmó el proyecto de la Sociedad como espacio gremial de lucha profesional y su legitimidad sustentada en el proyecto social del Estado mexicano, forjado por el movimiento social de 1910. Asimismo, dio a entender que la Sociedad estaba dispuesta a continuar en la escena sectorial compitiendo por el poder profesional y por la puesta en práctica de un modelo integral de atención a la salud, basado en la atención primaria como primer nivel de atención y que tuviera como eje estructurador

la profesionalización de la salud pública y la formación de recursos humanos comprometidos y capacitados para cumplir una función social.

Sin embargo, a la hora del cambio de gobierno era de esperarse cautela por parte del salubrismo priísta y de las alianzas en construcción, lo mismo de aquellos que se sentían desplazados del poder y levemente enamorados con una alternativa de naturaleza social centrada en el compromiso con las comunidades.

2. EL ENCUADRAMIENTO DEL SALUBRISMO SOCIAL PRIÍSTA EN ESPERA DE MEJORES TEMPOS PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD PÚBLICA Y PARA LAS INSTITUCIONES ESTATALES DE ATENCIÓN A LA SALUD

En más de una ocasión la trayectoria política del salubrismo social priísta se confundiría con el régimen a pesar del esfuerzo de un grupo por reavivar sus vínculos con un proyecto de base más popular, identificado con el movimiento de atención primaria integral; aunque en los dos primeros años del gobierno de Salinas de Gortari las denuncias en relación a la existencia de un proyecto de salud pública neoliberal continuaron siendo vehiculadas por ese grupo a través de la Revista de la Sociedad de Salud Pública como parte de la lucha por “*la supervivencia de los trabajadores –técnicos y profesionistas– de la salud pública adiestrados antes de la ola neoliberal y que forman el grueso de la membresía de la Sociedad Mexicana de Salud Pública*”.⁶⁹

Sin embargo, e indiferente a los cambios políticos y sociales que ocurrían en la sociedad mexicana, la propuesta de la Sociedad fue la de dar la espalda a un proyecto de renovación de la salud pública y buscar ocupar el espacio gremial, de defensa de su propia Sociedad, y luchar por la profesionalización de la salud pública y por la carrera de salubrista como parte de la estructura laboral de la Secretaría de Salud, sin asumir una actitud más crítica en relación con las nuevas orientaciones de política de salud; opción que, con certeza, pondría en riesgo sus vínculos con la Secretaría de Salud y la posición de poder de los salubristas relacionados con el PRI.

⁶⁹ *Revista Higiene* (1989), artículo del sanitarista Ricardo Loewe titulado “Desplazamiento de personal adiestrado en salud pública: teoría para la acción”.

La defensa de la profesionalización de la carrera de salubrista y de la institucionalización de su autoridad técnica en el sistema de salud, para la salvaguarda de su espacio de poder a través del reconocimiento laboral de las generaciones futuras y de la salud de la población, no estaría libre de contradicciones y tensiones. La Sociedad evidentemente prefirió valorar su viejo deseo de lograr el reconocimiento entre las autoridades del sector como una instancia científica legítima, con poder de intervenir en la toma de decisión sectorial acoplada a la gremial, de mejores condiciones laborales para sus afiliados a través del reconocimiento profesional. Ese proyecto continuaría formando parte de las propuestas de gestión de los nuevos directores de la Sociedad, siendo reforzado, en parte, por la presencia de salubristas muy próximos a la Sociedad de Salud Pública de Canadá, entre ellos, el Dr. José Luis Luna Aguilar,⁷⁰ entusiasta del *status* que gozaba esa afiliación en su país de origen y que venía desde el sexenio anterior buscando forjar un modelo profesional para la salud pública. El Dr. Luna sería uno de los grandes entusiastas de la propuesta de controlar las instancias de registro de la profesión junto a la SEP, a través de la constitución del Colegio de Salud Pública y Ramas Afines, en 1999.

El hecho es que en ese pequeño lapso de tiempo, entre el final de un período de gobierno y el inicio de otro, persistieron dentro de la Sociedad algunos salubristas insatisfechos con la dirección que estaba tomando la política de salud y de formación de recursos humanos centrada en el ámbito gerencial-central, y que, a través de la Sociedad, continuaron llevando adelante una campaña de defensa de las generaciones pasadas de salubristas y del “*alma mater*” en la que fueron formados, frente a los nuevos inquilinos del INSP que actuaban, según ellos, como los “jóvenes turcos” dispuestos no sólo a robar el pasado, sino a “cortar la cabeza de sus viejos maestros.” Estos salubristas querían poner en evidencia las diferencias políticas de los dos proyectos académicos, argumentando que el proyecto científico de la nueva salud pública en práctica en el INSP, a diferencia del de la Escuela, no había sido creado para servir a la población y ni estaba dirigido al ámbito

⁷⁰ El Dr. Luna es médico egresado de la UNAM, con especialidad en neumología y epidemiología de la tuberculosis, maestro en Salud Pública en la Escuela de Salud Pública de México y entusiasta de la Atención Primaria en Salud. Participó en la campaña del PRI para la elección del Lic. Salinas de Gortari apoyando al Dr. Fernando Cano Valle como posible candidato a la Secretaría de salud, y después en la de Luis Donaldo Colosio. Asesor del Secretario General del Sindicato de la SSA y de la Comisión de Salud de la H. Cámara de Diputados. Presidente de la Sociedad en el período de 1993-1994.

operativo de los servicios de salud. Esos salubristas tenían también la convicción de que la salud pública es un bien público al servicio de la población y que, por lo tanto, deberían ser formados para promover la inclusión de la sociedad en los problemas de salud, tanto en el ámbito de los cuidados como en el de la decisión de los programas y políticas.

En ese sentido, criticaban al INSP porque estaba poniendo “*excesivo énfasis en la técnica, y con el consiguiente detrimento de la calidad humana del nuevo personal de salud pública*”. (Entrevista n° 4) Se opusieron a su política de formación de recursos humanos con el razonamiento de que los investigadores estaban siendo adiestrados a través de la excelencia académica, definida independientemente de otros trabajadores de la salud y de la propia población que recibía los servicios de salud. Argumentaron que esa estrategia había favorecido la creación de un ambiente donde predominaba la competencia por el *curriculum* basada en la acumulación de títulos y publicaciones, que desgastaba e incapacitaba a los investigadores para la libre creación, al mismo tiempo que podía ser una amenaza para la capacitación de cuadros técnicos para operar en el ámbito local. En consecuencia, consideraban que el proyecto en práctica en el INSP no favorecía la inclusión porque no estaba al servicio de la mayoría, y que se orientaba a llevar a la separación extrema el trabajo intelectual y el trabajo manual, entre la decisión y la ejecución.

Otro aspecto que era motivo de fricción estaba relacionado con la naturaleza de la gestión en el INSP y con la falta de proyecto en el sentido de contribuir a la democratización del sector. Para estos salubristas, el director del INSP estaba más interesado en adquirir poder y en que su gestión no sólo era muy poco democrática, sino también de carácter sectario, predominando las decisiones verticales, jerarquizadas y autoritarias que iban en contra de su propia esencia, “que debe ser la de libertad de creación, elemental para investigar, enseñar y divulgar”. (Entrevista n° 4)

En resumen, estos salubristas consideraban que la valoración académica era un indicador de abandono de importantes programas de salud pública dirigidos a grupos vulnerables o para el control de determinadas enfermedades infectocontagiosas (Loewer, *Revista Higiene*, 1989). Ellos insistían en abogar por la actualidad e importancia de las acciones de salud pública en la solución de los problemas tradicionales de salud y en la formación de cuadros capacitados, técnicos, para manejar esas actividades entre las

comunidades. Reconocían la validez de determinadas acciones de salud pública y demostraron que las mismas acciones previstas en el Programa de Salud de 1990-1994 eran parte del Programa de Salud de 1974-1983, y el problema era que esas actividades estaban siendo realizadas por el personal de la propia comunidad con muy poca capacitación.

Con el apoyo del presidente de la Sociedad en turno, el Dr. Jorge Burguete Osorio, la Revista de la Sociedad difundió las denuncias en relación al desplazamiento del personal salubrista y del personal técnico por clínicos, y su sustitución por gente formada en el exterior, sin vivencia ni compromiso con la población en el interior y en el D.F.

Así, el 6 de septiembre de 1989, el *Excelsior* publicó una carta firmada por dos salubristas, uno de ellos Jorge Burguete Osorio (presidente en ejercicio de la Sociedad), en la que expresaban su protesta por la presencia de un médico como secretario estatal de Salud en Oaxaca que tenía mucho conocimiento clínico pero que no sabía cómo se transmite la cisticercosis y desconocía las condiciones de salud y de vida de la población pobre. Otro foco de preocupación de estos salubristas estaba relacionado con el área de epidemiología, entonces bajo la dirección de uno de los jóvenes de la “nueva salud pública”, el Dr. Jaime Sepúlveda.

Asimismo, publicaron una carta en el periódico *Excelsior*, firmada por los Miembros del Consejo de Gobierno de la Sociedad Mexicana de Salud Pública en defensa de los salubristas formados en el país, y demandaron interrumpir la política de desplazamiento de los salubristas, asegurando su trabajo y la educación continua de los miles de técnicos y profesionales de salud pública, reformando la legislación sanitaria vigente que derogó la obligatoriedad de emplear salubristas de carrera como responsables de la salud pública a nivel intermedio.

A finales de febrero de 1989, el salubrista Ricardo Loewe, ex profesor de la Escuela y posteriormente investigador en el INSP, después de un largo conflicto con el entonces director del Instituto, el Dr. Julio Frenk, presentó su renuncia a través de una carta pública en la que ironizaba sobre la creación de las magníficas instalaciones del INSP en un contexto de crisis, argumentando que su construcción “recae sobre los hombros de millones de mexicanos”.

En su carta de renuncia atacaba más de una vez al proyecto del doctor Soberón, alegando que el problema de la salud pública era tanto “el desfinanciamiento del sector de servicios de salud, que coincide con una sobre demanda masiva de atención médica ocasionada por la falta de solvencia de la población para pagar la asistencia privada”, como la respuesta tecnócrata que el grupo de Soberón estaba poniendo en práctica, basada en “el ahorro de recursos, la obtención del máximo beneficio con el mínimo esfuerzo [...] dando preferencia a la contratación de mano de obra no capacitada y al uso de tecnología barata”, sin tener en consideración las necesidades sentidas de la población. Y subrayaba que “la política de austeridad ha dificultado la contratación de personal de salud, habiendo reducido a la vez la capacidad instalada, a lo cual habrá que agregar la masificación en el uso de auxiliares comunitarios. Por estas razones se ha incrementado el desempleo en el sector, a pesar de las grandes necesidades de la población”.

El resultado de todas esas críticas fue la salida de Ricardo Lower del INSP, lo que lo llevó a romper con la Sociedad de Salud Pública e involucrarse con organizaciones populares de la salud que representaban otro proyecto socio-político en discusión en la sociedad mexicana. El otro grupo de salubristas que lo apoyaron en algunos reclamos se ajustaron a los nuevos tiempos, algunos se jubilaron y otros buscaron resguardo en los estados, en particular en Veracruz, en su Escuela de Salud Pública o en algún cargo o puesto en la Secretaría de Salud.

La Sociedad continuó con su propuesta gremial de luchar por la carrera de sanitarista como estrategia para garantizar la continuidad de determinados programas y para formar recursos técnicos operativos, y por la salud pública como un ámbito de acción de las instituciones públicas de salud. Para garantizar su reconocimiento como un profesional buscó resguardarse en la Ley de las profesiones, dando su apoyo a la creación del Colegio Mexicano de Salud Pública y Ramas Afines, A. C., constituido en 1999 y registrado ante la Dirección General de Profesiones de la SEP, en 2000, constituyéndose en órgano de gestoría ante la misma para apoyar el trámite del registro y expedición de cédulas de Maestría y Doctorado de los asociados del Colegio. Al mismo tiempo, se buscó mejorar su imagen técnico-científica, tan criticada por los nuevos salubristas, y, como parte de ese objetivo, establecer relaciones con instituciones de salud pública de otros países y con

organismos internacionales para una mayor presencia y para mejorar y regular la publicación de la revista y sus congresos. En ese período se incorporaron funcionarios del IMSS-Solidaridad, en particular su coordinador Javier Cabral Soto, y también se buscó fortalecer sus relaciones con los estados, en particular con Yucatán, Tabasco, Oaxaca, Veracruz y Puebla (SMSP, 1994).

Además, continuaron insistiendo en la pertinencia de ese profesional para los servicios de salud, y consideraron como un desperdicio la no utilización de ese recurso, en particular para aquellas funciones que requerían del conocimiento integral de la salud pública, como lo son: “los puestos o cargos de administración de servicios, de planeación, epidemiología, fomento a la salud, bioestadística” (Luna Aguilar, 1994: 2). Eran conscientes de la política de distanciamiento iniciada por el Dr. Soberón, pero también de las jugadas llevadas a cabo por algunos neosalubristas para dominar en la Sociedad, en particular cuando se aproximaron al final de los sexenios de De la Madrid y de Salinas, momentos muy susceptibles a rupturas en el seno de la elite gobernante (Basañes, 1990).⁷¹

Para la Sociedad, la vieja salud pública continuaba teniendo un lugar importante y un reto frente a “las enfermedades crónicas no transmisibles, los accidentes y lesiones, las adicciones, el deterioro ambiental, la sobrepoblación, el deterioro económico, una comunidad más demandante, urbanización, repunte de algunos procesos transmisibles y emergencia de otros, globalización”. (Entrevista n° 6) Sin embargo, su director para el período 1993-1994 reconocía que ésta era incapaz, como organización civil, de protagonizar un liderazgo independiente que la llevara a desempeñar su rol académico-técnico y crítico como parte del proyecto para fortalecer la salud pública, confiando en su rol para la política de salud.

En resumen, la Sociedad de Salud Pública priorizó su alianza estratégica con el Secretario en turno y con las Direcciones Estatales de Salud para resguardar cupos de poder a través de la continuidad de determinados programas de salud y cargos de mandos intermediarios, al mismo tiempo que desarrollaba una estrategia para la profesionalización de la salud pública en la comprensión de que el ejercicio de ésta requiere de profesionales

⁷¹ En determinados ciclos del sector, las tentativas frustradas del Dr. Jaime Sepúlveda de dominar la Sociedad e imponer a su presidente fueron comentadas.

que deberían “de pensar más en la comunidad que en el individuo” y “gozar de conocimiento y la experiencia necesarios en Salud Pública y/o en Epidemiología, así como el conocimiento de la realidad objetiva, cultural, social y económica, para desempeñar adecuadamente sus funciones en relación a la salud de la comunidad a la que sirven” (Burguete Osorio, 1993).

En ese sentido, existía en el seno de la Sociedad, en sus representaciones regionales y en cargos administrativos de la Secretaría de Salud un grupo de salubristas priístas identificados con la propuesta de fortalecimiento de un Sistema Nacional de Salud descentralizado, operado a través de un modelo integral de atención a la salud de base jurisdiccional y comunitaria, con énfasis en los servicios de atención primaria y materno-infantiles como estrategia para mejorar el acceso y la cobertura. Asimismo, este grupo reconoció la necesidad de buscar fuentes alternativas de financiamiento de los Servicios de Salud, los cuales debían ser canalizados hacia las necesidades de mayor importancia regional y local, así como desarrollar capacidades operativas para actuar en el ámbito aplicativo como alternativa a la práctica de una medicina de “asfalto” de segundo y tercer nivel que considerara que la salud depende únicamente de la provisión de los servicios, desvinculada de toda realidad comunitaria. El peso de esa corriente estaría vinculado a continuidad del PRI en el poder y del propio sistema público de salud.

3. EL SALUBRISMO EN LA REORGANIZACIÓN PARTIDARIA: EL PRD COMO UNA NUEVA OPCIÓN DE PODER PARA LA DEFENSA DEL PROYECTO SOCIAL DEL ESTADO

Mientras que un grupo de salubristas buscaba mantener sus posiciones de poder valorando los ámbitos donde se daba la misma práctica de ésta, otro grupo de salubristas, opositor al proyecto de la “nueva salud pública” más interesados en formular un proyecto alternativo al del PRI, estaba siendo constituido por algunos investigadores en salud pública autodenominados “progresistas”, próximos al proyecto inicial de Coplamar, y otros vinculados con organizaciones de izquierda y próximos al proyecto de medicina social de la UAM-Xochimilco.

Asimismo, para este grupo de salubristas la crisis tocó fondo en el sector en 1985 cuando hubo un mayor recorte de los recursos. Frente a la crisis, consideraron que era necesario hacer público lo que estaba pasando en el sector salud. En sus publicaciones alegaron, principalmente, que los sucesivos recortes en el gasto público aunados a la política de desmantelamiento de programas tradicionales de prevención, el aumento de la vulnerabilidad de la población pobre expresada en un aumento de los casos de paludismo y sarampión en 1985, y la persistencia de altas tasas de morbilidad por dengue y de muertes que se podían evitar, junto a la ideología del mercado, estaban poniendo en riesgo la salud como un derecho social y un atributo de la democracia (Almada Bay, 1982; López Arellano, 1992).

A su vez, argumentaron que el descenso en la inversión pública, compensada con recursos de préstamos, no representaba necesariamente una garantía para la continuidad en los programas,⁷² y que esa estrategia sólo contribuía a la erosión de la presencia pública y, en consecuencia, al fortalecimiento del sector privado en la prestación de servicios de salud. También reclamaban que el Dr. Soberón y su equipo sólo reconocían los rezagos del sector, lo cual no era suficiente y menos aún frente a una situación de crisis. En resumen, el móvil para una posición de denuncia fueron los sucesivos recortes en el gasto público y la ascensión de la ideología del mercado.

Este grupo sugirió que la defensa de la salud pública encontraría respuesta en el campo de la política, y que la conquista del derecho a la salud debía constituir un atributo político para la lucha por una democracia ampliada y por la derrota del régimen priísta. Para algunos, la estrategia de lucha a seguir pasaba por convocar a la sociedad civil por fuera de los espacios tradicionales de representación profesional, a través de partidos y sindicatos y movimientos sociales, para defender la salud como un derecho social. Algunos de ellos sugerirían la creación de una asociación para la defensa de la salud pública, conformada por trabajadores de la salud y expertos, para luchar por una salida a la crisis que implicara un menor costo social posible y que impidiera un retraimiento del Estado (Almada Bay, 1985:

⁷² De acuerdo con el doctor Soberón, la ampliación de cobertura fue posible debido los recursos del Programa de Salud México-BID (Discursos, 1986: 69).

92). También hablaban de la necesidad de una nueva propuesta para la salud pública basada en un concepto de salud como parte del proceso global de desarrollo.

La movilización de estos académicos fue parte del contexto de polarización que caracterizó los dos últimos años del sexenio de De la Madrid y que desembocó en el surgimiento de una convergencia de fuerzas de oposición hacia una posición anti-régimen priísta que encausó la primera fractura entre el gobierno, el PRI y las organizaciones sindicales en treinta y cinco años (Rousseau, 2001: 203-204; Durand Ponte, 1994: 126). Asimismo, se conformó el Frente Democrático Nacional; con Cuauhtémoc Cárdenas como candidato a la presidencia con el apoyo de diversos partidos y fuerzas de izquierda, se polarizó el conflicto en torno a un eje oposiciones-partido hegemónico (Prud'Homme, 1994: 66-67).

Algunos de estos salubristas se adhirieron a la oposición antirégimen caracterizada por una posición proteccionista y nacionalista. La adhesión mayor fue por parte de los salubristas de izquierda vinculados al proyecto de medicina social y de sectores del sindicalismo democrático que optaron por orientar su lucha por el poder del Estado a partir de un canal institucional. La plataforma de campaña del candidato Cuauhtémoc Cárdenas contempló las consignas clásicas en torno a una salud pública universal garantizada por el Estado, a la vez que abogaba por la rectoría económica y social del Estado y el retorno al desarrollo económico con base en la expansión del mercado interno, al lado de demandas por la democratización y por la creación de nuevas organizaciones sindicales.

Como veremos más adelante, el salubrismo de izquierda va a lograr legitimar su presencia en el PRD pasando a ser reconocido dentro del partido por su capacidad de formular una política alternativa de salud para la transición y una fuerza crítica a las políticas neoliberales puestas en práctica tanto en el sexenio de Salinas de Gortari como en el de Zedillo. En cambio, el salubrismo priísta careció de una fuerza política suficientemente sólida que permitiera su autonomía en relación con la política de salud del gobierno negando cualquier posibilidad de alianza con tendencias de salubristas volcados a una acción más práctica vinculada a las comunidades.

3.1. LA PERSPECTIVA DE LA IZQUIERDA SALUBRISTA EN EL PRD: LA CONSOLIDACIÓN DE UN PROYECTO ALTERNATIVO DE PODER AL NEOLIBERALISMO

El contexto institucional en el que surgió el PRD tiene particularidades que confieren cierta importancia a la generación de un pensamiento social crítico y militante, comprometido con las causas populares y de los trabajadores. La propia oposición que el PRD tuvo en contra del proyecto neoliberal, en contraposición a una posición de negociación, requiere de la elaboración de un pensamiento crítico y militante como uno de los recursos para la confrontación antisistema y la consolidación como fuerza política.

De acuerdo con Prud'homme (1996), el PRD apostó a la estrategia de derrumbe del régimen por la denuncia y comprobación de su injusticia e ineficiencia. Esa estrategia dominó la vida del partido hasta 1997, cuando Cárdenas llegó a la jefatura de gobierno del D.F. y el PRI perdió su mayoría en la Cámara Baja. Hasta entonces, el PRD había gobernado algunos municipios (alrededor de 8% de los existentes y, en general, pequeños y pobres).

Como es sabido, el PRD nació del apoyo de organizaciones de izquierda y de una escisión en el PRI a raíz de un desacuerdo en torno a la orientación de las políticas económicas adoptadas por el gobierno del presidente De la Madrid y de la constitución de la coalición electoral (Frente Democrático Nacional [FDN]) que apoyó la candidatura presidencial de Cárdenas en 1988 y que logró una gran adhesión de grupos sociales y de diversos partidos pequeños de izquierda. El acta constitutiva del Partido fue firmada por más de treinta organizaciones políticas y sociales (Prud'homme, 2002: 23).

Una vez concluido el período electoral e iniciado el proceso de organización del PRD como partido, proceso marcado por pugnas entre corrientes ideológicas y políticas, el partido “propuso dar una lucha sin cuartel para llegar a la presidencia en 1994, considerando que ésta se le había arrebatado a Cuahémoc mediante el fraude en 1988” (Rueda Peiro, I., 1998: 191). A partir de entonces, la esfera electoral se constituiría en un momento importante de movilización social para el PRD en contra de la política neoliberal y de las inequidades electorales como medio para consolidarse como partido junto a su base de apoyo.

El proceso de creación del PRD implicó, además de su registro, dotar de estatutos y de bases programáticas originadas en el análisis, discusión y propuestas de sus militantes. Ese proceso no estuvo exento de un conflicto en torno a la definición del modelo de partido a seguir y de la elaboración de estrategias dirigidas hacia afuera de la organización (Prud'homme, 1996).

En el ámbito de las discusiones respecto a la propuesta programática para el área de la salud y seguridad social, igual que en otras áreas, en la realización del Primer Congreso Nacional del Partido, en noviembre de 1990, empezaron a aparecer las diferencias ideológicas y políticas entre militantes procedentes de tan disímiles organizaciones. El antecedente inmediato de los grupos en pugna por el control de la política de la salud y seguridad social en el partido se encontró tanto en la izquierda, en el movimiento obrero-sindical, como en el PRI.⁷³ En ese proceso, los grupos organizados que lograron mantener cierto control sobre sus miembros tuvieron un mayor recurso de poder en los embates entre las corrientes, lo que significó una limitada cooperación entre sí de las fuerzas en disputa y el abandono de la lucha social para ocupar un lugar en el espacio político.

En el caso del grupo de izquierda congregado en torno al proyecto de la medicina social, y, en cierta medida, alrededor de las investigadoras Asa Cristina Laurell y Catalina Eibenschutz, y algunos de cuyos integrantes tenían un pasado en organizaciones de izquierda y con vínculos con organizaciones sindicales-obreras, logró neutralizar las otras corrientes en pugna, particularmente al senador Robles Garnica, amigo personal de Cárdenas y ex director de los Servicios Coordinados de Michoacán, y quien después llegó a ser presidente interino del PRD. La capacidad de militancia y de lucha por la causa obrera, el liderazgo y la convocatoria, junto a los sindicatos, la dedicación a la institucionalización del partido y a la legitimidad académica e ideológica fueron elementos importantes en la definición de la pugna, igual que el reconocimiento por esa corriente del liderazgo de Cárdenas.⁷⁴

Como resultado, ese grupo amplió su poder dentro del Partido, y en el segundo Congreso, en julio de 1993, cuando los seguidores de Muñoz Ledo dominaban el CEN del

⁷³ No me interesa aquí adentrarme en las facciones ni tampoco analizarlas dentro del partido. Basta con decir que existen y son reconocidas por el propio partido.

⁷⁴ Entrevista con investigadora de la Maestría de Medicina Social de la UAM-Xochimilco.

partido (Prud'homme, 1996), logró buenas posiciones. La Dra. Laurrel y su grupo aparecieron como los portadores de las demandas en salud y seguridad social no aceptando la sombra de otras corrientes o liderazgos y, como tal, pasaron a responder por las cuestiones de salud y seguridad social en el Programa Nacional del Partido, participaron de la dirección de la Revista *Coyuntura*, órgano de difusión del PRD, y estuvieron representados en la Secretaría del Consejo Nacional y en el Comité Ejecutivo del partido.⁷⁵

Cabe señalar que, dentro de la estructura del PRD, el Consejo Nacional es la autoridad superior, renovado en cada congreso, y el Comité Ejecutivo incluye a destacados miembros del partido y tiene funciones consultivas acerca de las orientaciones políticas del partido. Además, según Prod'homme (2002: 44), en “el conjunto de partidos políticos de México, el PRD es el que otorga en su programa más importancia a la defensa de los derechos individuales, sociales y colectivos de la ciudadanía”.

Asimismo, contribuyeron en la institucionalización de ese grupo en el partido los vínculos con las tendencias democráticas y de izquierda en los sindicatos, activados por la práctica de investigación, al promover estudios sobre salud-enfermedad y condiciones de trabajo; y también alrededor de algunas luchas concretas, entre ellas, la defensa de la seguridad social y en contra de su privatización, poniendo énfasis en la necesidad de buscar una alternativa al proyecto neoliberal capaz de servir a los intereses de los trabajadores,⁷⁶ y, por tanto, comprometida con la clase trabajadora (Laurrell, 1990: 186).

Los vínculos de ese grupo con los sindicatos venían desde el inicio de la década de los setenta cuando, investigadores de la UAM-Xochimilco y coordinadores de la Maestría en Medicina Social, comprometidos con una lectura marxista de las cuestiones de salud-enfermedad, dieron prioridad a las investigaciones referidas a la relación trabajo y salud, vinculando el modelo de organización de la producción con la enfermedad. Ese grupo estaba comprometido con una lectura social del proceso salud-enfermedad-atención y con un análisis crítico de la relación entre política de salud y legitimación de clase.

En el campo político, establecieron una rica colaboración con algunos sindicatos para elaborar mapas de riesgo e investigar la relación entre las condiciones de trabajo y la

⁷⁵ Información obtenida en entrevista con una investigadora de la Maestría en Medicina Social de la UAM-Xochimilco,

⁷⁶ Entrevista referida anteriormente.

salud que los legitimaran frente a las organizaciones sindicales del país constituyendo en un de los pocos grupos de investigadores dedicados a estudiar la salud en el trabajo y reconocidos en su capacidad técnica por las organizaciones sindicales oficiales. El propósito de ese grupo fue generar un conocimiento capaz de apoyar a la clase trabajadora en su lucha por mejores condiciones de trabajo y salud. En consecuencia, una gran parte de la investigación de ese grupo estaba dirigida a los problemas de salud del trabajador y a entender el proceso de trabajo en sí como fuente de desgaste obrero, que opera sobre el proceso salud-enfermedad. Ese conocimiento les permitió asesorar a los sindicatos en sus luchas por mejores condiciones de trabajo (Noriega, 1989; Laurell y Márquez, 1983).⁷⁷

Desde luego, ese grupo, a través del Instituto de Estudios de la Revolución Democrática del PRD, del Centro de Estudios para un Proyecto Nacional S. C. y de la UAM, recibió el apoyo de la Fundación Friedrich Ebert en México. Ese apoyo se sostuvo por el interés de la social-democracia alemana, representada por la Fundación, en apoyar y fortalecer las estructuras democráticas en el reconocimiento del liderazgo intelectual de la Dra. Laurell y de su compromiso para producir un conocimiento analítico crítico capaz de constituirse en una alternativa para la política de la salud en tiempo de crisis, que contemplara los intereses de los trabajadores.⁷⁸

Como resultado de esa alianza se dio inicio a una relación de colaboración con la Fundación Ebert en México, que se extendió por toda la década de los años 90 (período en el que se consolidaron las líneas programáticas del PRD) y que tuvo su expresión en una serie de apoyos financieros para actividades específicas tales como la organización de reuniones y debates, y publicaciones con un tema base, la crítica al proyecto neoliberal y la búsqueda de un proyecto alternativo de nación, distinto del que estaba en marcha en el país, capaz de incorporar el interés de los trabajadores.⁷⁹

⁷⁷ Laurell, Asa Cristina y Margarita Márquez, 1983, *El desgaste obrero en México. Proceso de producción y salud*, Editorial Era, México; Noriega, Mariano, 1989, "Problemas teóricos-metodológicos de la investigación sobre salud en el trabajo", *Salud-Problema*, n° 17, pp. 9-13.

⁷⁸ Entrevista Fundación Friedrich Ebert, Galo Gómez, en *Enfoque*, 13 de octubre 1996.

⁷⁹ Entrevista con Carlos García, de la Fundación Friedrich Ebert en México. Véase también el Discurso pronunciado por Cristina Laurell en la instalación del consejo editorial de *Coyuntura*, el día 13 de mayo en la Casa de la Cultura Jesús Reyes Heróles, en *Coyuntura*, n° 37, junio de 1993.

En el seno del PRD dominaba la tesis de que México estaba atravesando por un proceso de transformación de las fuerzas políticas y de lucha por el control del proyecto de nación. El PRD como una de las fuerzas participantes reconocía que en el país existían distintos proyectos vinculados con fuerzas políticas, no siempre coincidentes. En consecuencia, la Dra. Laurell y su grupo entendieron que la Maestría en Medicina Social debía contribuir en el avance del debate en torno a la característica del Estado mexicano y de su política social para precisar los alcances de la implantación de las políticas neoliberales (Laurell, 1992a: 133), ser un espacio de crítica y, en el plano político como militantes del PRD, empeñarse en la tarea de construcción del proyecto alternativo de nación para el sector salud que “favorezca la distribución de la riqueza hacia las clases trabajadoras y que remueva tendencialmente los obstáculos a la integración de sistemas únicos de salud” (Laurell, 1990: 186).

Según la visión de dicho grupo, las propuestas neoliberales estaban significando un regreso al Estado liberal a través del desmonte del frágil Estado de bienestar existente en México, con serias consecuencias para los trabajadores y para la política de universalización de la atención ahora sustituida por los programas focalizados de combate a la pobreza (Laurell, 1992a: 132). La Dra. Laurell (*op. cit.*: 133) entendía las reformas neoliberales como un “viraje histórico” y no como “una simple adecuación ecléctica en el uso de los fondos y en las instituciones existentes”. Para ser consecuente con su análisis, postuló como una de las tareas del grupo analizar y esclarecer el proyecto neoliberal, dar cuenta de sus ideas, proyectos y hechos, así como sus implicaciones para la sociedad futura (Laurell y Mora, 1992: 7). Y desde el punto de vista político, defender las instituciones de seguridad social, “expresión del reconocimiento del concepto de derechos sociales” a través del cual se institucionaliza la garantía de la atención médica, uno de los elementos que permiten afirmar la existencia de un Estado de bienestar en México (Laurell, 1992a: 138).

Desde esa perspectiva, el grupo reaccionó críticamente ante las políticas de salud orientadas desde el Banco Mundial, identificado como un organismo con mecanismos financieros para promover los cambios, al mismo tiempo que capitaneaban y catalizaban parte del debate académico-opositor, hablando desde la perspectiva de los intereses de los

trabajadores y de la dimensión pública del Estado como ámbito de realización del proyecto clasista de una sociedad de clases.

Así, cuando el Banco Mundial difundió su *Informe Sobre Desarrollo Mundial* en 1993, bajo el tema “Invertir en salud”, señalando una serie de recomendaciones tendientes a la promoción de los seguros médicos privados y a la introducción de la competencia en los sistemas de salud como medida para bajar costos, el grupo vinculado al proyecto de la Medicina Social reaccionó de una manera rápida y francamente crítica debido a que la política de salud en México estaba siguiendo estos lineamientos comprometidos con la mercantilización de la salud (Laurell, 1994).

Seminarios, cursos, publicaciones y reuniones fueron promovidas para discutir el documento “*Invertir en Salud*”, como también fueron convocados a participar en mesas de debate tanto en el ámbito académico-universitario como en el de los sindicatos, como la voz crítica a los planteamientos del Banco Mundial.

Sin embargo, ese grupo no se contentó con denunciar lo injusto del proyecto neoliberal presente en las propuestas del Banco Mundial y adoptadas por el gobierno mexicano, sino que también reclamó la recuperación de las funciones benefactoras del Estado que lo diferenciaba de un Estado liberal, y se lanzaron a las luchas por la defensa de la seguridad social irradiando críticas y protestas, y, al privilegiar la opción de militancia partidaria como estrategia de conquista de espacios de poder, se comprometieron con la construcción de alternativas políticas y de su puesta en práctica.

El contexto de la desarticulación de la política de seguridad social favoreció que se estrecharan los vínculos del PRD con los sindicatos y la adhesión de personajes de la política mexicana a su proyecto. Uno de ellos fue el ex director del IMSS, el Lic. Ricardo García Sainz (de 1982 a 1991), uno de los muchos ilustres que participaban en el Grupo San Ángel y miembro del PRI desde 1954 sin asumir ninguna función importante en el partido (Rousseau, I., 2001: 131). Antes de la dirección del IMSS, el Lic. García Sainz, como funcionario público, fue Secretario de Programación y Presupuesto durante el Gobierno de López Portillo,⁸⁰ y su salida del IMSS se debió a diversos factores, entre

⁸⁰ De acuerdo con Isabelle Rousseau (*op. cit.*), desde entonces ya había un fuerte conflicto entre el equipo de Hacienda, de tendencia monetarista, y los de la SPP, en una línea más estructuralista-cepalina.

ellos,⁸¹ diferencias con Hacienda en relación con los rumbos de la institución, razón por la cual alegó que también se había acercado al PRD. Según la percepción del Lic. García Sainz, el PRI se fue alejando de muchos de sus valores y principios con la aceptación del neoliberalismo, distanciándose radicalmente de su proyecto de nación.⁸²

Los antecedentes políticos del Licenciado García Sainz, sus conocimientos en relación con las finanzas del IMSS y sus problemas,⁸³ y su liderazgo personal, junto con el de la Dra. Laurell, quien ya venía denunciando el desfinanciamiento del IMSS y la intención del gobierno de Salinas de privatizar al IMSS y al ISSSTE (Laurell, 1996: 7), van a permitir unir esfuerzos de crítica en contra de la reforma del IMSS. El PRD, a través de ellos, se constituyó en un partido capaz de cuestionar los argumentos técnicos y los datos manejados por el equipo conductor de la reforma, y de movilizar los actores titulares de derecho en torno a la defensa de la permanencia del sistema solidario.

Aunque el trabajo de ese grupo no tuvo la capacidad de congregar y expresar la riqueza de la discusión que ocurría en el seno del PRD y de la sociedad, garantizó su presencia en los diversos foros para el debate en torno a la reforma de la seguridad social que se armó en el transcurso de la década de los 90, en particular por ocasión de los cambios en la Reforma a la Ley de la Seguridad Social (1994-1977). En sus apariciones públicas siempre buscaron defender los derechos de los trabajadores y apoyar la lucha del sindicato del IMSS en contra de la Reforma a la Ley, como veremos después.

Cabe señalar que el contrato colectivo del Seguro Social fue señalado innumerables veces como una de las causas de la crisis financiera de la Seguridad Social, incluso por el líder sindical Fidel Velásquez, quien pidió un reajuste masivo en el personal de base y de confianza del IMSS (*La Jornada*, 29 noviembre de 1994: 4; *Reforma*, 28 de noviembre de

⁸¹ Miguel Ángel Granados Chapa, articulista del periódico *Reforma*, en su columna del martes 21 de noviembre de 1995, informó que la salida de García Sainz del IMSS en enero de 1991 se debió a que Salinas necesitaba de su puesto “para sus juegos políticos.”

⁸² Entrevista con el Lic. Ricardo García Sainz.

⁸³ Miguel Ángel Granados Chapa (véase la nota 24 para la referencia completa), al recurrir a los argumentos de García Sainz para escribir su columna, expresó que, “generalmente es impropio esgrimir el argumento de autoridad. Pero en el caso presente, la experiencia de García Sainz amerita que se le escuche, al menos”. Y cita: “en 1966 abandonó un promisorio futuro en Condumex, y en el ámbito de la representación empresarial (iba a ser presidente de la Concamin) para hacerse cargo de la subdirección general administrativa del IMSS”, entre otras experiencias.

1994: 9a). Otra estrategia de ataque a los trabajadores fue la de considerarlos “privilegiados” debido al propio contrato de trabajo.

La posición del PRD no fue la de sumarse a los ataques en contra de los trabajadores y del sindicalismo corporativo, base de poder del PRI y del régimen, ni de los privilegios que gozaban determinadas categorías frente a la seguridad social, aunque el PRD defendía en su programa la democratización de los sindicatos y el fin del corporativismo, y se apoyaba en el sindicalismo independiente. Por el contrario, la posición del PRD durante el debate de reforma del régimen de pensiones fue de defensa de la seguridad social como expresión del Estado de bienestar existente en México junto a los actores titulares de derechos –los trabajadores formales afiliados a sindicatos corporativos–, base para cualquier movilización en contra de la reforma,⁸⁴ como veremos enseguida.

La presencia de la izquierda salubrista del PRD en la escena política nacional colocó el eje del debate ideológico en torno a la defensa del Estado social como responsable de la garantía del bienestar de la población, de la promoción de la justicia social y de la conducción de un desarrollo económico y social en nombre de la mayoría de los mexicanos; se adhirió al PRD en oposición a la política económica neoliberal y al desmantelamiento de la seguridad social, sosteniendo que la mejor garantía del acceso a los servicios de salud es la seguridad social mediante el desarrollo de una economía que genere empleo formal.

⁸⁴ Entrevista con la Diputada Rosa Márquez, del PRD.

CAPÍTULO 7

INTERPRETACIONES Y PROPUESTAS DE FUTURO PARA EL SECTOR SALUD EN EL CONTEXTO DE LIBERALIZACIÓN: LA CUESTIÓN DEL ACCESO Y DE LA COBERTURA UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

Como ya vimos, desde la década de los setenta los funcionarios de las instituciones de salud pública y los investigadores dedicados a esa materia vinieron discutiendo la crisis del sector como organismos internacionales y gobiernos. Esa crisis, que se manifestó particularmente en torno a la baja cobertura de las instituciones de salud y de la ineficiencia de los servicios de salud de orientación curativa para dar respuesta a los principales problemas de salud pública, ha preocupado también a los organismos internacionales sectoriales que, desde entonces, señalan la necesidad de extender la cobertura a todo los sectores sociales y de priorizar la atención preventiva y de promoción de la salud a través de una red de servicios de atención integral a ésta, basada en el empleo de tecnologías apropiadas para las necesidades y en la participación activa de las comunidades. Las inquietudes de los organismos internacionales, como bien lo puntualizó Mario Testa en el inicio de los años ochenta, *“no son más que la manifestación orgánica y sistemática de una preocupación que surge en el ámbito de diferentes países y que evoluciona configurando un proceso que puede calificarse como una crisis dentro del sector salud”*.⁸⁵

México no fue ajeno a ese debate, y, al igual que en otros países, la discusión sobre la crisis se expresó en diferentes concepciones de salud pública y en propuestas de universalidad de la atención, tomando sentidos diferentes a medida que los cambios económicos se desarrollaban a partir de la puesta en práctica de los ajustes macroeconómicos. El propio debate y las posiciones de los actores se fueron moldeando frente a la puesta en práctica de las políticas de ajuste acompañadas del fortalecimiento de

⁸⁵ Testa, M., (s/f), *Crisis aparentes en el sector salud*, Universidad Central de Venezuela, Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES), mecanografiado, pp. 2. Quiero agradecer al Dr. Mario Bronfman por permitirme tener acceso a un conjunto valiosísimo de documentos de trabajo de Mario Testa producidos en el CENDES.

la ideología neoliberal en la conducción de la política social, como vamos a ver más adelante.

El objetivo de este capítulo, más que ofrecer una descripción o un mapa de las posiciones de los actores frente a un conjunto de problemas, busca recuperar y entender las diferentes interpretaciones existentes, más específicamente, cómo es que los salubristas y los neosalubristas fueron incorporando y manejando, en sus explicaciones referentes al problema de acceso a y de distribución de los recursos y bienes del sector, la crisis del sector y la propia crisis económica, y cómo vincularon ambas dimensiones con las desigualdades en el acceso a bienes y servicios, y con la actuación de las instituciones públicas de salud en un contexto y circunstancias dinámicas, desde sus trayectorias institucionales.

Asimismo, el objetivo es establecer comparaciones para efecto del análisis en torno a las interpretaciones, propuesta y orientación de las acciones de los actores, las coincidencias de opinión y las perspectivas. Todo ello está basado en entrevistas y complementado con información elaborada por los propios actores investigados.

1. CARACTERÍSTICAS Y DINÁMICA DE LOS PROBLEMAS DEL SECTOR EN LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES

1.1. LOS NEOSALUBRISTAS Y EL DIAGNÓSTICO DE LA NECESIDAD DE REFORMA PARA AJUSTAR EL MODELO DE SALUD A LOS TIEMPOS GLOBALIZADOS DE LIBRE MERCADO

A) El agotamiento del modelo de organización del sector salud

En sintonía con el debate internacional que se dio en la segunda mitad de los años setenta en torno a la crisis del modelo de atención debido a su baja cobertura y efectividad, y que se agudizó en los años ochenta durante la crisis económica y de agotamiento del modelo de desarrollo centrado en el Estado, los neosalubristas presionaron por un cambio en el sector. Esa presión estuvo vinculada a una interpretación de agotamiento del modelo de organización y de gestión del sector salud, basado en la idea de que la salud de la gente es una responsabilidad del Estado.

La tesis de agotamiento de la configuración del modelo mexicano de salud se basa en tres argumentos: a) que es imposible el uso racional del recurso en un sistema

fragmentado y segmentado; b) que todo sistema tiene que tener elementos de racionalización debido a que los recursos son limitados y las necesidades infinitas, y c) que ese sistema ya no es compatible con el entorno de cambio económico (globalización, apertura del mercado), sanitario (disminución de las enfermedades infecto-contagiosas y aumento de las crónico-degenerativas), transición epidemiológica-demográfica (disminución de la fecundidad y envejecimiento de la población) y político-cultural (sociedad más democrática y exigente).

En palabras de un alto funcionario de Funsalud, *“el sector salud constituido hace 54 años ya no responde a las necesidades de una economía globalizada y como medio instrumental, debe ser evaluado con respecto a los fines hacia los que dice conducir”*. (Entrevista n° 9)

De acuerdo con esto, el sistema mexicano está fragmentado y segmentado porque su configuración respondió a diferentes estrategias de acceso. Uno de los criterios que moldeó el acceso al sistema fue el de atender a las “necesidades del mercado”, dictado por el sector productivo a través de las instituciones de seguridad social, es decir, que el criterio del aseguramiento está vinculado a una situación de riesgo. Otro criterio fue el de la pobreza, bajo el cual, *“la atención a la salud se distribuye a quienes demuestran indigencia o necesidad financiera”* (Frenk, et al., 1999: 39) a través de la asistencia pública realizada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Además, se observó que todo sistema de salud posee instrumentos de racionalización de cobertura porque no es posible dar todo a todos. Estos instrumentos pueden ser explícitos o no, y en el caso del sistema mexicano, por tratarse de un sistema basado en la oferta, se terminan cubriendo servicios de salud únicamente hasta donde alcanzan los recursos. En ese caso, también existen mecanismos de racionalización, sólo que no son explícitos y muchos de ellos están bajo la forma de ineficiencia burocrática, como por ejemplo, las colas de espera para consulta, internación, ausencia de referencia y contra referencia y otros mecanismos que dificultan el acceso al servicio. Otro ejemplo presentado es con relación a las medicinas que supuestamente están cubiertas, pero que en realidad no lo están, ya que no hay abastecimiento y las personas las tienen que pagar de su bolsillo.

El tercer criterio de acceso identificado por ellos, el cual consideran influyó en la organización del sector, fue el “*de prioridad socialmente percibida*”, y se refiere a las instituciones de seguridad social creadas para atender a los grupos sociales identificados por el Estado como prioritarios. El elemento de racionalidad es la exclusión de otros grupos sociales.

El resultado fue, según la interpretación de los neosalubristas, la conformación de un sistema segmentado por grupos de población compuesto por tres subsistemas que responden a tres formas distintas de acceso (de seguridad social, asistencial y privado), todos ellos basados en la oferta monopolizada por el Estado para responder al principio de la universalidad de la atención. Argumentan que estos subsistemas son relativamente autónomos en relación con las funciones de regulación, financiamiento y prestación, e cada subsistema se encuentra integrado verticalmente por funciones, y con segregación horizontal. Desde el punto de vista social, alegan que ese sistema no era equitativo porque generaba niveles distintos de bienestar de las familias, contradiciendo los objetivos generales del sistema de igualdad social, al mismo tiempo que obstaculizaba la universalidad al no favorecer la racionalidad de los escasos recursos, y propiciando diferentes accesibilidades a los servicios de salud.

En consecuencia, alegaron que dicho sistema sanitario no cumplió con la universalidad y que se constituyó en un sistema que no era equitativo, principalmente en relación con el “*aseguramiento que es, en realidad, un derecho basado en el empleo y ligado a la participación en el sector forma*” (Frenk, *et al.*, 1999: 36). Los neosalubristas entendían que ese criterio de acceso (de empleo) se refería a las instituciones de seguridad social creadas para atender a los grupos sociales identificados por el Estado como prioritarios, y su elemento de racionalidad era la exclusión de otros grupos sociales.

También este sistema sanitario llevó a diferentes formas de acceso, muy costosos y que, además, “*no responde a la forma real como la gente se comporta, porque la gente de hecho tiene estrategias múltiples de salud*” (Entrevista n° 9). Es decir que, puso en tela de juicio la capacidad de ese sistema de ser distributivo y de atender a las necesidades de una sociedad diversificada en sus intereses y demandas.

Ante lo anterior, la alternativa que planteaban y bajo la cual los neosalubtistas van proponer la reforma para mejorar el acceso y la cobertura de los servicios de salud y romper con la inequidad y con la falta de transparencia de los instrumentos burocráticos de racionalización, fue cambiar la base organizativa del sistema de salud: de uno fragmentado, institucional y segmentado por grupo de población, a uno modulado y coordinado –que en mi percepción no deja de ser fragmentado en términos de prestadores – cuyo acceso estaría garantizado por vía del aseguramiento obligatorio y la modulación garantizada por la acción reguladora del Estado.

B) Los problemas del sector: el acceso desigual, la falta de cobertura oportuna y de recursos financieros, el gasto de bolsillo y diversas prácticas institucionales

El representante de Funsalud identificó tres tipos distintos de problemas que afectan el acceso de la población a los servicios de salud. Un primer problema citado y que se refiere al acceso geográfico que afecta a la población en extrema pobreza que habita en zonas muy dispersas. El entrevistado consideró que éste era el problema prioritario para el sector, puesto que *“para este grupo lo mucho que llega es la cobertura esporádica sobre todo de las campañas de vacunación. Las cifras oficiales estiman este grupo en alrededor de 10 millones de personas”*. (Entrevista n° 9)

Otro problema que dificulta el acceso y reconocido por el entrevistado es el financiero. El entrevistado argumentó que ese obstáculo fue creado por la dependencia del sistema de seguridad social del mercado de trabajo y por la baja cobertura histórica de la Secretaría de Salud. Eso quiere decir que, como la seguridad social es financiada de forma tri-partita por el Estado, el trabajador y el capital, los recursos de las dos últimas fuentes se vinculan con el mercado laboral. En cuanto a la Secretaría de Salud, explicó que sus recursos provienen del presupuesto federal, y éstos siempre han sido insuficientes debido a que el criterio de asignación para los servicios de salud se basa en la pobreza (Frenk, *et al.*, 1999, *op. cit.*: 39).

El criterio de asignación de recursos de la SSA, según el entrevistado, afecta a un grupo social que es peri-urbano, algo de rural no disperso, un rural más concentrado donde la gente está en la economía informal. De acuerdo con él, esta gente tiene, en principio, a su

disposición los servicios de la Secretaría de Salud. Sin embargo, informó que los estudios de la Fundación Mexicana para la Salud han demostrado que los hogares constituyen la principal fuente de financiamiento de los servicios de salud, pues aportan 49% del gasto total en salud. Asimismo, hay un enorme pago directo de estas familias pobres por servicios privados. Se calcula que el gasto de bolsillo, entendido como el pago por los servicios de salud al sector privado que realizan los hogares⁸⁶ más pobres rurales y urbanos, son proporcionalmente superiores (5.8%) a los de ingresos superiores (2.8%), aunque se observó una disminución en los gastos de los hogares en los últimos años. No obstante, sus investigaciones informan que en valores absolutos para la zona urbana los gastos difieren en promedio 10 veces entre los hogares urbanos de menor y mayor ingreso (\$75 vs. \$705 por trimestre), mientras que para la zona rural los valores se duplican, llegando a ser 20 veces superiores (\$65 vs. \$1 294) (Hernández, P., *et al.*, 1997: 131).

Frente a esa situación, los neosalubristas consideran que garantizar el acceso a este grupo constituye en una prioridad, a lo que se agrega que:

La idea de que la Secretaría de Salud cubre las necesidades de los pobres es un mito; en realidad como porcentaje de ingreso familiar, las más pobres de las familias del país tienen gastos más o menos iguales en salud que las familias más ricas. Entonces hay una utilización muy grande de servicios privados por este grupo [...] (Entrevista n° 9).

El tercer problema citado es el organizacional, definido como propio de un sistema basado en la oferta de servicios y beneficios y no en la demanda. Se argumentó que esta situación lleva a un desempeño insatisfactorio de los servicios frente a las exigencias del consumidor al inhibir la demanda, puesto que esto frustra su libertad de elección, no satisface sus necesidades y lo penaliza al hacerle pagar dos veces: al sector público y al privado. Reconocer que en ese caso, el grupo social más afectado está compuesto por las personas de la economía formal, la mayoría de las cuales tiene cobertura de seguridad

⁸⁶ De acuerdo con investigaciones realizadas por Funsalud el gasto de bolsillo participa como fuente de financiamiento de los fondos de la seguridad social, para el seguro médico privado, para las cuotas de recuperación de la Secretaría de Salud y los fondos de organismos no gubernamentales. Véase Funsalud, 1994b: 53-54.

social. Para estos grupos, los problemas son causados por la demora para la atención y por la ausencia de libre elección: *“la accesibilidad organizacional producida por la insatisfacción profunda debido a colas, tiempos de espera prolongados y esto genera las cargas múltiples y estrategias múltiples”*. (Entrevista n° 9)

Ese problema organizacional, según el entrevistado, origina tres situaciones distintas de comportamiento de los asegurados, derivadas de la incongruencia de un sistema cerrado de una sociedad caracterizada por la desigualdad socioeconómica. Un primer comportamiento, que él caracteriza como “extremo”, involucra a los funcionarios de alto nivel que no utilizan nunca al seguro social, que se van a un hospital privado o al extranjero, pero que, aun así, pagan el seguro social porque es algo obligatorio. El entrevistado interpreta el pago del seguro social en el caso de este grupo como un impuesto más injusto.

El segundo comportamiento identificado como problemático, según los neosalubristas, afectaba a una gran mayoría de asegurados y tenía que ver con la utilización del servicio social de la Secretaría de Salud o del propio IMSS para ciertas demandas, y del sector privado para otras. Los neosalubristas argumentaron que ese tipo de comportamiento del asegurado podía generar una selección adversa o una sobre-utilización de los servicios públicos al ir al Seguro Social y a la Secretaría de Salud. La consecuencia es un mayor consumo de recursos en salud sin necesidad.

El tercer comportamiento, caracterizado también como “extremo” en el sentido de desatinado, se refiere a la gente que realmente es tan pobre que, aunque esté asegurada y no esté contenta con los servicios, no tiene más opción que el Seguro Social. Es decir, es gente que no tiene la posibilidad de hacer uso de la libertad de elección.

Con esa caracterización de los problemas de acceso y de cobertura, lo que buscan los neosalubristas es, por un lado, demostrar que el sistema actual posee mecanismos ocultos de racionalización, y por otro, llamar la atención sobre los problemas que genera en términos de eficiencia, injusticias, insatisfacción.

Los neosalubristas reconocen, además, que el pago múltiple o el fenómeno de la cobertura paralela a través de la compra de seguros privados es una realidad que tiende a crecer, particularmente en las empresas grandes que operan en México, cuyos trabajadores

están asegurados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), o son determinados profesionistas y funcionarios del gobierno asegurados en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Este doble gasto en salud es definido como una injusticia:

El Estado aporta una institución que es el ISSSTE para cubrir a sus funcionarios y empleados, pero el propio Estado le ofrece a los funcionarios de más altos ingresos la posibilidad de salirse a la medicina privada vía seguro privado, y esto es un poco perverso. (Entrevista n° 9)

Otro problema que el ex directivo observa es la vinculación del acceso solamente con las instituciones públicas. De acuerdo con su visión, ese hecho no sólo produce un gigantismo de las instituciones públicas, sino también un “*efecto negativo sobre el crecimiento de la inversión privada en la producción de servicios e insumos médicos*”, afectando las posibilidades de inversión y de lograr eficiencia y calidad, además de afectar las demás actividades económicas. Otra consecuencia negativa de esa vinculación es el traslape de demanda que ocurre principalmente en las instituciones de seguridad social, y explica las consecuencias de ese fenómeno de la siguiente manera: la población no adscrita a estas instituciones y, por lo tanto, no contribuyente directamente, por algún mecanismo logra utilizar sus servicios, particularmente cuando se trata de hospitalizaciones o tratamientos más costosos. Asimismo, argumenta que ese fenómeno también se da cuando un asegurado utiliza los servicios de la Secretaría de Salud. Según la apreciación de los neosalubristas, este mecanismo constituye una salida para los mexicanos; sin embargo, se trata de una selección adversa que no solamente perjudica al IMSS, sino también a la Secretaría de Salud (Entrevista n° 8).

Otro orden de problemas, identificado en las entrevistas con los neosalubristas, fue el relacionado con las diversas prácticas sociales existentes en las instituciones de salud que ellos denominan como “*distintas culturas organizacionales*” existentes en el sector. Así me lo explicó un neosalubrista vinculado con la reforma a la Ley del IMSS: esa cultura organizacional explica la baja eficiencia técnica y la heterogeneidad de procedimientos en la Secretaría de Salud, al lado de la rigidez normativa que caracteriza al IMSS, lo que, a su

vez, se expresa en la ausencia de incentivos. Por tanto, considera que esas diferencias culturales son importantes para dimensionar el poder de regulación de cada institución en el mercado, cuestión fundamental para un modelo que busca separar funciones y otorgar a la Secretaría de Salud esa función. Este neosalubrista considera que en la Secretaría de Salud perdura la cultura de la supervivencia debido a que se acomoda a vivir con los pocos recursos de que dispone. En sus palabras:

Este país ha logrado construir en el Instituto Mexicano del Seguro Social una infraestructura impresionante que mejor manejada puede dar mucho, entonces en eso es en lo que estamos. Yo sí creo que se puedan hacer muchas cosas acá, a diferencia de la Secretaría de Salud, pero creo que en ésta el problema es de una carencia total de recursos. (Entrevista n° 8)

En otras palabras, lo que buscan los neosalubristas es señalar que el sistema de salud oficial ya cumplió con los objetivos para los cuales fue creado, y demostrar los problemas sistémicos que presenta esa estructura organizacional y sus consecuencias para la operación del sector, así como subrayar la pérdida de relación entre dicho sistema con la sociedad actual y su entorno económico-cultural-político.

CUADRO 2: RESUMEN REFERENTE A LA POSICIÓN DE LOS NEOSALUBRISTAS FRENTE AL SISTEMA PÚBLICO

Presupuesto	Problemas	Crisis	Propuesta
Transiciones: económica, política, cultural y epidemiológica.	Inequidades, cobertura limitada, falta de libertad, de incentivo, baja eficiencia, gasto de bolsillo.	Sistémica.	Reforma organizacional.

Fuente: Elaboración propia

C) La reforma organizacional como una solución al agotamiento del sector

De lo dicho hasta ahora, se puede desprender que, para los neosalubristas, el origen de los problemas de acceso y de universalidad de los servicios de salud es de base organizacional y reposa en un modelo organizacional fragmentado y segmentado que obstaculiza una acción racionalizadora del Estado frente a los costos, inhibiendo el control de los gastos. La ausencia de instrumentos efectivos de control de costos hace que en el mismo desaparezca su funcionalidad para la economía a “raíz de la realidad de la globalización.” Sus problemas de desempeño (baja accesibilidad, inequidades, altos costos, falta de libertad, diversas culturas organizacionales, traslape de demanda), son presentados como un lastre importante para la economía, para el bienestar social y la estabilidad política. Los neosalubristas vaticinaron que, frente a ello, no reformarlo implicaría costos enormes que tenderían a crecer más y más a medida que el país se abra y se incorpore a los procesos de globalización. Así pues, la reforma surge como una inmanente e irreversible tendencia. Así lo dijeron en entrevista: *“el sistema ya no responde a lo que debía haber respondido. Él no cambió con la misma velocidad que el resto del país. [...] No se puede tener una economía de 1997 con una seguridad social de 1953”*. (Entrevista n° 9)

Aquí, el elemento más importante que esa evaluación informó son los costos que el sector salud representa para la economía en relación con su baja efectividad. Los neosalubristas alegaron que México invirtió entre 4.7 y 6.5% del PIB en salud, incluyendo el gasto público y privado, lo que representó entre 20 y 27 mil millones de dólares en 1999, y que su máximo rendimiento no fue asegurado, colocando recursos donde no debía hacerlo, o gastando de forma que no conseguía la mejor relación entre costo y efectividad (Frenk, *et al.*, 1999). Además, reconocieron que los gastos en salud formaron parte de los costos de producción, y como tales podían actuar como factor limitante en la competitividad de las empresas, en especial en México, donde los seguros presentan un carácter obligatorio y contribuyen a la inflación (Funsalud, 1994b: 20 y 23).

Asimismo, prevén que estos costos tienden a aumentar debido a la transición epidemiológica y demográfica, y que la necesidad imperiosa de promover reformas se justifica porque: *“Si la generación presente no actúa decididamente, es muy probable que el sistema de salud siga siendo insuficiente, inequitativo, ineficiente e incapaz de brindar satisfacción y seguridad a la población”* (Frenk, 1998).

La tesis del agotamiento del modelo, aunada a la de la transición –ya sea epidemiológica, política, demográfica, social–, debido a la cuestión de los costos, es otro argumento central para justificar la formación de un nuevo recurso humano. Éste debería ser capacitado para gestionar el sistema reformado, atender las demandas y presiones de la sociedad democratizada y exigente como consumidora y ciudadana; para responder al cuadro epidemiológico conformado, principalmente, por las enfermedades crónico-degenerativas; al acelerado progreso de la investigación biomédica, en especial en sus avances relacionados con el conocimiento de los gérmenes patógenos, de la epidemiología molecular y de la imaginología, y de los diseños de fármacos a la medida molecular de sus objetivos blanco (Soberón Acevedo, 1992: 72).

De ahí la insistencia de los neosalubristas en la formación de recursos humanos que puedan “*sustentar las decisiones sanitarias, gestiones y distribución de recursos*” (Laguna García, 1991: 634), y que sean capaces de dar un nuevo enfoque al cuidado de la salud, que propongan reducir el riesgo más que reparar daños y que estén de acuerdo con los avances de la investigación biomédica y de sus aplicaciones tecnológicas (Soberón Acevedo, 1992). Estos últimos no sólo se constituyen en el principal recurso de atención frente a las enfermedades crónico-degenerativas, sino en el principal bien del sistema de salud a ser demandado por el consumidor como sujeto social que es en el modelo de salud reformado.

Así pues, para los neosalubristas, el problema principal del sector salud derivado de su modelo organizacional son los elevados costos, y se expresa en el agotamiento o disfuncionalidad de su marco institucional en todas sus dimensiones para la economía. La cuestión de la ingeniería organizacional despojada de cualquier significado ideológico-político-social, sirve de base, por lo general, para explicar la baja cobertura, los problemas de acceso, el gasto de bolsillo, la baja eficacia, la ingobernabilidad y excesiva politización en la distribución de los recursos, y el desempeño insuficiente de las instituciones públicas del sector frente a un consumidor que demanda calidad y otros productos y servicios que están siendo ofertados en el mercado y no siempre están disponibles en la red pública; todo debido a la falta de control, de la condición para lograr mayor equidad, efectividad y democracia.

La percepción de que un sistema de salud ineficiente que no logra satisfacer las necesidades de la población y que evoluciona de forma azarosa puede constituir un lastre para el desarrollo económico y social, corrobora el diagnóstico (Frenk, 1997a: 22).

En consecuencia, la ingobernabilidad del sistema que no permite coordinar las políticas decisivas para el desempeño del sistema en términos de equidad, calidad y eficiencia, aunadas a la insatisfacción de los usuarios, plantea de manera casi lógica la necesidad urgente de “de elegir nuevos caminos que los lleve a un estadio más avanzado de desarrollo” (Frenk, 1997a: 21). Convencidos del agotamiento del modelo de organización cuyas estructuras se tambalean porque han caducado, y ante una presión que viene de fuera, la reforma surge conforme queda plasmado en el informe “*Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México*”, publicado por Funsalud en 1994 como resultado de un estudio contratado por el sector privado, como uno de los retos más importantes para el sector que debería de ser enfrentado por el próximo presidente.

1.2. LOS SALUBRISTAS Y SU VISIÓN DE LA SALUD COMO UN BIEN SOCIAL

A) Los marcos fundacionales del sistema de salud: la visión socio-política de las instituciones de salud y de sus problemas.

En términos amplios, los salubristas, tienden a concebir las instituciones públicas de salud desde una perspectiva política como una conquista social plasmada en la Constitución de 1917, que otorgó al Estado mexicano nuevas atribuciones para mejorar los bajos niveles de vida y bienestar social de los individuos socialmente más afectados en vistas al beneficio de la colectividad y a los intereses de la nación (*Higiene*, 1988). Reconocen que la realización de la salud pública como un proyecto social del Estado mexicano se hizo posible con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (1934), del IMSS (1942), del ISSSTE (1959) y de otros programas sociales dirigidos a la familia, a la vivienda.

Sin embargo, aun compartiendo el discurso revolucionario que permite articular la hegemonía de las instituciones públicas de salud con el proyecto social del Estado mexicano pos revolucionario, fue posible observar, con base en evidencias fragmentadas advertidas en las entrevistas a los salubristas y del material bibliográfico elaborado por los

mismos, variaciones ideológicas que remiten a la propia naturaleza contradictoria del Estado mexicano y del desarrollo de la sociedad.

LA TRADICIÓN NACIONALISTA Y SU VISIÓN DEL SECTOR

Una tendencia está vinculada con la tradición ideológica nacionalista que estuvo presente entre los funcionarios de la Secretaría de Salud y que orientó la práctica de muchos de los programas de la SSA dirigidos a la población campesina. Esa visión la encontramos también entre los trabajadores del IMSS vinculados con el Programa IMSS-Solidaridad y con los de la SSA que estaban en contacto directo con las comunidades.

Ese grupo consideró que la salud pública debía de estar enfocada en la realidad nacional y que debía ser llevada a cabo por gente que conociera los problemas de salud del país. De acuerdo con el entrevistado, esa salud pública *“se realizaba en el camino”*, esto es, *“en los centros de higiene que sólo contaban con cuatro gentes (sic), donde uno llegaba sólo en avionetas o en caballo, con los zapatos enlodados”*. (Entrevista n° 10)

Bajo esa perspectiva, el recurso de atención más importante del servicio serían los propios salubristas, los técnicos y auxiliares en salud pública que siempre *“estuvieron en las barriadas populares y en las pequeñas comunidades rurales.”* (Entrevista n° 10) Esos profesionales, formados en la Escuela de Salud Pública para actuar en los centros de salud y en la comunidad, eran quienes llevaban los programas a donde estaba la gente, buscando dar respuesta a la insuficiente atención a las necesidades y problemas de la población rural.

En el plan político y de gestión, durante muchos años el principal recurso de poder y legitimidad fueron las alianzas entre los jefes de los Servicios Coordinados –que en general eran salubristas– con los gobernadores. *“Los Servicios Coordinados de los Estados eran casi una Secretaría dentro de la Secretaría, con mucho poder, al lado de la Dirección General de Epidemiología y Programas Sanitarios, que representaban los soportes más técnico-científicos”*. (Entrevista n° 2)

La tradición nacional-populista tendía a reconocer que uno de los principales problemas del sector tenía su origen en la opción por un crecimiento del país desde una perspectiva de desarrollo industrial, orientado hacia el mejoramiento de la planta productiva y de los servicios públicos urbanos a expensas de una insuficiente atención a las

necesidades y problemas de la población rural. Esta tradición vinculó la orientación hacia la industrialización con la tendencia hacia la consolidación de las instituciones de seguridad social y de atención médica de tipo hospitalario basada en un enfoque eminentemente curativo y especializado. Asimismo, argumentó que el predominio del enfoque médico no era del todo compatible con las necesidades fundamentales de salud de un país en desarrollo, ni con un proceso de industrialización que genera enfermedades. Además, argumentó que, desde la década de los setenta, el enfoque médico carecía de visión sobre las consecuencias futuras que los cambios en el desarrollo nacional deparaban, tanto para el ambiente como para la calidad de vida, así como sobre las propias modificaciones que, como consecuencia de ello, se tendrían en el perfil de salud para las próximas generaciones (Higiene, 1988). Buscar revertir esa tendencia pasó a ser uno de los principales objetivos de esa tradición nacional-populista.

LA TRADICIÓN DESARROLLISTA, SU VISIÓN DEL SECTOR Y SUS PROBLEMAS

Otra tendencia de pensamiento dentro del grupo salubrista estaba vinculada con el proyecto desarrollista conducido por el Estado. Esa variante, muy presente en la seguridad social y en los sindicatos, consideraba que el sistema de salud pública en México se expresaba a través “*del concepto benefactor de las grandes alianzas nacionales*” que imprimió un carácter solidario y un propósito universalista a la seguridad social. (Entrevista n° 7)

[...] la seguridad social en México nace con una idea de gradualismo, yo creo que de las grandes sabidurías del Legislador, fue que si bien, la seguridad social, nace en toda la república mexicana, se convierte en obligatoria en la medida en que se va implantando en los distintos municipios. En los primeros años sólo está vigente en la Ciudad de México, Monterrey, Puebla, Guadalajara y después fue gradualmente extendiendo la seguridad social, para cubrir a los trabajadores sujetos a una relación formal de trabajo en los lugares en donde ya se podía garantizar los servicios y donde se podía obtener el suficiente volumen de contribución [...] pero dentro de la idea de que la seguridad social debe ser universal, se extiende hacia zonas campesinas de alta capacidad de contribución; y se continúan con esta política y con esta estrategia en 1962, cuando se extendió

la seguridad a los productores de caña de azúcar y a los cortadores con un sistema totalmente distinto y este proceso culmina con el nacimiento de la Ley de 1973, con la llamada solidaridad social que consiste en implantar el derecho a la asistencia médica, en los polos de profunda marginación. (Entrevista n° 7)

De acuerdo con esta tendencia, el principal recurso de atención del sistema de salud mexicano eran “*el médico y el hospital vinculado a un cierto número de clínicas dentro de un modelo muy urbano de atención*”. (Entrevista n° 7)

Por consiguiente, cuando fue creado el Programa IMSS-COPLAMAR (después Solidaridad), la propuesta inicial fue la de construir hospitales respaldados por clínicas, por lo que se hizo:

Una inmensa inversión en clínicas, y éstas se convierten en inmensamente benéficas porque permite atender prácticamente el 100% de las situaciones críticas, es evidentemente mucho mejor tener un hospital pero frente a la realidad de los campesinos el efecto de abrir estas unidades de salud, estos pequeños consultorios o pequeñas clínicas que apenas tenían una sala para examen y una cama de tránsito, tuvo un efecto inmenso. (Entrevista n° 7)

Otro elemento de institucionalidad del sistema, que le dio una capacidad de gestión valorada por ese grupo, fue de carácter político: la concertación entre empresarios y obreros. Ésta fue presentada como el principal instrumento de gestión de la Seguridad Social, y posibilitó su expansión, ya fuera para ir reformando la Ley o para ajustar las prestaciones a sus necesidades financieras. El ex director del Seguro Social reconoció que la concertación fue la base del éxito del IMSS-Solidaridad debido a que “*generó las condiciones para la movilización de sectores y recursos de forma a no perjudicar a los derechohabientes*”, al mismo tiempo que permitió “*convertir a todos los prestadores de servicios de salud de las comunidades en aliados del sistema*”. (Entrevista n° 7)

El resultado de esa concertación fue, según el entrevistado, la contribución de los sectores sociales menos favorecidos participando con su trabajo en beneficio de la

comunidad. Otro resultado, considerado a través de la concertación, fue buscar la vinculación entre la medicina tradicional y la práctica médica institucionalizada.

Asimismo, señaló que los problemas mayores del sector son los bajos salarios pagados al trabajador mexicano y las políticas macroeconómicas que no generan empleos. En palabras de su ex director:

El crecimiento es un factor fundamental en un sistema de atención médica que está basado en ocupaciones marginales, entonces, ¿cuáles son los grandes efectos negativos sobre la seguridad social?, son la caída del valor real de los salarios, como la incapacidad del sistema de generación de empleos. (Entrevista n° 7)

Así pues, para este grupo, la cuestión del acceso pasaba necesariamente por el mercado de trabajo, instrumento de afiliación a la seguridad social.

LA TRADICIÓN DE IZQUIERDA Y SU VISIÓN DEL SECTOR Y DE SUS PROBLEMAS

Hubo una tercera posición vinculada con la visión de la izquierda, y la cual, durante la década de los setenta y parte de los ochenta, estuvo más preocupada por denunciar el carácter legitimador de las instituciones públicas y las consecuencias del modo de producción capitalista para el proceso salud-enfermedad, que en defender el proyecto de salud pública del Estado mexicano. Hasta los años noventa, ese grupo identificó, en el proyecto social del Estado mexicano en el área de la salud pública, un obstáculo para la lucha por un orden socialista al amortiguar los conflictos de clase. La posición de dicho grupo era de crítica ideológica al carácter legitimador y funcional de las instancias públicas de salud y de seguridad para el Estado capitalista mexicano dado que esto contribuía a ampliar la capacidad de la clase dominante de imponerse sin necesidad de recurrir a la coerción. Para esa variante, el saber y la intervención médica obedecían a determinantes económicos, políticos e ideológicos.⁸⁷ Cito los ejemplos presentados por una de las adeptas a esa visión:

⁸⁷ Notas de clase de aula referentes a las presentaciones de la Dra. Asa Cristina Laurell en el curso monográfico en la UAM-Xochimilco realizado en 1995.

La organización de la seguridad social responde a la lucha reivindicativa del proletariado y a la necesidad del capitalismo en su fase industrial de mantener y reproducir la fuerza de trabajo; la utilización de servicios médicos para el control político de la población, como sucede en el caso de los programas de medicina comunitaria (Eibenschutz, C., 1981: 43).

En la década de los setenta y en la de los ochenta, ese grupo se opuso a la política de salud del Estado mexicano, y sus integrantes fueron quienes, a través de sus análisis críticos, plantearon las relaciones existentes entre el sistema de salud y la economía capitalista, en particular en lo que se refiere a la generación de condiciones de vida y trabajo satisfactorio que compromete la salud, así como al verticalismo de las decisiones, la ausencia de participación, la distribución desigual de los beneficios reproduciendo las diferencias de clases y la mercantilización de la salud. Además, demandaban una transformación del modo de producción: de uno basado en la explotación de la fuerza de trabajo y de los recursos ambientales, a otro de tipo socialista.

B) El replanteamiento de los problemas del sector por los sanitaristas frente a la política de salud instaurada en los años ochenta.

Sin embargo, lo que pude observar en mi investigación fue una creciente preocupación por parte de los salubristas, independientemente de las variantes, por las consecuencias de la crisis económica para las instituciones del sector y para las condiciones de salud de los grupos más vulnerables, y con la dirección que estaban tomando las políticas de salud a partir de 1983. Así se expresó un ex director del IMSS, en entrevista, sobre la situación de las instituciones de seguridad social:

[...] vale la pena recordar que de 1982, incluso si tomamos años antes, [...] la caída del valor real de los salarios ha sido dramática [...] y, por lo tanto, la caída del valor real de la contribución a la seguridad social se ha visto afectada, y en adición a esto, o sea que el factor fundamental de la limitación económica impuesta por decisiones macroeconómicas, que es la combinación de la no

generación de empleos [...] y es un factor fundamental en un sistema de atención médica que está basado en ocupaciones marginales. (Entrevista n° 7)

Y más adelante agregó: *“En medio de una crisis económica en 1984 y 1985 se toma la absurda decisión de la descentralización que ahí se desmantelan, liquidan los servicios de IMSS-Solidaridad en 14 entidades federativas.”* (Entrevista n° 7)

Su oposición se justificaba no sólo porque llevaría a cancelar un esquema modificado de seguridad social, asentado en una gran concertación de esfuerzos que posibilitó atender a la población campesina, sino también debido a la crisis económica y a las dificultades que iban a tener los estados para llevar adelante el Programa IMSS-Solidaridad, que contaba con recursos humanos y apoyo dentro de la institución.

Para los salubristas vinculados a la tradición nacionalista-popular, su descontento ya existía desde antes, desde el período del Dr. Laguna en la Subsecretaría de Planeación, situación que se tornó más conflictiva con el Dr. Soberón cuando empezó el desplazamiento de los salubristas comprometidos con la salud de los pobres por gente *“con zapatos de charol que no se manchaban ni de polvo”* (Entrevistas n° 2 y 6) y por políticos. Con la primera situación estaban inconformes porque esos jóvenes:

No estaban informados de lo que estaba corriendo en el país, algunos oriundos de los altos estratos socio-económicos y que se habían formado en medicina en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) e ido a estudiar en universidades inglesas o norteamericanas donde aprendían nuevas metodologías que querían aplicar aquí sin considerar la experiencia previa de los sanitaristas mexicanos. (Entrevista n° 2 y 6)

En cuanto a la tendencia de incorporación de médicos políticos, o que habían estado en sus consultorios privados y que con la política de descentralización pasaron a ocupar un cargo de mando, el entrevistado declaró que no estaba en contra de esa política, pero que ésta *“permitió que los gobernadores pusieran a quien quisiera estar al frente de los servicios nada más porque era su médico o el médico de su señora o de sus hijos o su amigo y que sólo había estado en su consultorio.”* (Entrevista n° 6)

Por medio de un testimonio de otro salubrista, tuve conocimiento de que la entrada de esos jóvenes profesionales estuvo acompañada, muchas veces, *“de un desprestigio de algunos de los tradicionales programas de salud pública dirigidos a grupos vulnerables o al control de determinadas enfermedades infectocontagiosas en práctica en el sector y de sus trabajadores”*. (Entrevista n° 4) Este salubrista explicó que esa nueva situación los preocupó debido a *“la disminución del ingreso económico y sus posibles efectos en el agravamiento de ciertos problemas específicos, como lo son las enfermedades intestinales y las respiratorias en los grupos especialmente vulnerables como son los de áreas marginadas, sean éstas rurales o urbanas”*. (Entrevista n° 4)

Según este salubrista, que fue investigador en la Escuela de Salud Pública y después en el Instituto Nacional de Salud Pública, el temor compartido por la Sociedad Mexicana de Salud Pública estaba relacionado con las posibilidades de agravamiento de los tradicionales problemas del sector: los distintos tipos de acceso y la baja accesibilidad a los servicios de salud de los grupos sociales más vulnerables, el bajo presupuesto de Salubridad y Asistencia, la poca importancia de los programas preventivos en comparación con los curativos, el déficit financiero histórico del seguro social, el bajo impacto de los servicios médicos curativos en la mejoría de las condiciones de salud, la fragmentación institucional y la falta de coordinación sectorial. Dicho temor no se basaba solamente en el prolongado desfinanciamiento de las instituciones de salud, sino también en la percepción de una política de desprestigio.

El entrevistado señaló que debido a ello y a otros factores, *“no se sentían identificados con el equipo que estaba congregado alrededor de Soberón, ni con muchas de sus ideas”*. (Entrevista n° 4)

Para él, el grupo que componía el equipo de Soberón tenía una trayectoria más académica que técnica, y que era un grupo con una visión tecnócrata de la política, basada en proyectos elaborados en el escritorio, sin base social, además de tener un proyecto de convertir la Escuela de Salud Pública en un centro de excelencia académica, dedicado a la investigación y a la formación de cuadros gerenciales-ejecutivos, y no a la capacitación de profesionales técnicos y auxiliares, comprometidos con la función social que corresponde a un profesional en salud pública.

Otro punto de discordia que ese mismo entrevistado subrayó tiene que ver con la tendencia del equipo de Soberón de tratar la salud del mismo modo que el salubrista: únicamente en el plan biológico individual, con un enfoque puramente orgánico funcional, aun cuando reconocieran que la salud es un proceso dinámico y multicausal, que se origina y distribuye socialmente. Para él, este reconocimiento no repercutía en la formación de los profesionales de la salud, en su práctica o en la investigación médica y epidemiológica.

Asimismo, otra divergencia con el grupo del Dr. Soberón observada por ese salubrista tenía que ver con la visión compartida por el equipo de Soberón de que México estaba en un contexto de transición en su modelo de enfermedades del subdesarrollo por el de enfermedades del desarrollo, y de la política de focalizar la atención con medidas de menor costo y mayor efectividad. Para el entrevistado, lo que había en México era un agregado de los viejos problemas, derivados de la insalubridad y la desnutrición, a los nuevos, provenientes de la industrialización y de la violencia urbana, cuya respuesta no se encontraría en la investigación genética, ni tampoco con la política de excelencia académica que estaba siendo puesta en marcha. En cuanto a la focalización, considera que ésta los alejaba de las propuestas surgidas en los años 70, de Atención Primaria Integrada, apoyada por los organismos técnicos sectoriales como un medio capaz de lograr “Salud para Todos en el Año 2000”, sostenida en medidas que preservan la salud y que intervienen en la enfermedad.

Dicha percepción puede comprobarse en publicaciones de la *Revista Higiene* de 1988, en Artículo de Fondo firmado por la propia Sociedad Mexicana de Salud Pública. Ahí encontramos lo siguiente:

El Derecho a la protección de la salud se encuentra directamente afectado por el contexto externo por múltiples variables socioeconómicas, y en lo interno, por la insuficiencia de personal técnico y profesional lo que unido a una mala distribución, baja remuneración y gran subutilización revierte cualquier intento por contribuir al desarrollo de la capacidad operativa y al fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud [...] y en particular, en su ámbito aplicativo y comunitario [...] que requiere de un recurso humano con compromiso social.

Frente a las políticas de respuesta a la crisis que se pusieron en práctica en el transcurso de la década de los ochenta, los salubristas de izquierda revisaron su posición en relación con la actuación del Estado mexicano en el sector salud. Para ellos, la línea de confrontación cambió: ya no se trataba de hacer una crítica progresista de izquierda al Estado de bienestar; la cuestión ahora era defenderlo frente a la crítica radical de derecha,⁸⁸ de hecho, la cuestión pasó a ser cómo resistir el desmonte del Estado de bienestar, lo que, en cierta medida, fue una respuesta a la cuestión social y, al mismo tiempo, una lucha por su ampliación.

Los hechos que los hicieron replantear su posición fueron el contexto internacional, caracterizado por una tendencia neoliberal-conservadora, y la adhesión del grupo en el poder con ese proyecto que, según ellos, “*representaba el retorno al pasado.*” Además, señalaron que los neoliberales atacaban tanto los derechos sociales como la base del bien público expresados en servicios ofrecidos por el Estado. La postura de crítica de los salubristas de izquierda no estaba en contra de lo que el Estado ofrecía a la población en términos de servicios, sino en que éstos no llegaban a toda la población, lo que lo hacía un Estado de bienestar restringido, incompleto.

Cito a la Dra. Laurell: “Se trata, pues, de hacer una propuesta que permite revertir la política social neoliberal y plantear medidas factibles que propicien la transformación democrática de las instituciones públicas, su fortalecimiento y expansión, y profundicen su papel redistributivo de la riqueza social hacia las clases trabajadoras” (Laurell, 1990: 197).

Ese grupo reconoció que la idea de derecho social presente en la Constitución Mexicana era la expresión de un gran proyecto normativo, no pensado, para proteger al trabajador en lo mínimo. La base de ese proyecto era una idea de servicios solidarios, en los cuales el acceso estaba garantizado por la necesidad y no por la aportación. Sin embargo, la investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) observó que, aunque en

⁸⁸ Notas en clase de aula referentes a la presentación de la Dra. Asa Cristina Laurell, elaboradas durante el Curso Monográfico “Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud”, que se llevó a cabo del 21 al 24 de noviembre de 1995, en el marco del XVIII Curso Monográfico de Medicina Social organizado por la Maestría en Medicina Social del Departamento de Atención a la Salud, División de C.B.S., con la Dra. Asa Cristina Laurell y las Mtras. Oliva López Arellano y Carolina Tetelboin.

México los servicios de salud son públicos por excelencia, la cobertura no es universal y la estructura de poder que sustentan las instituciones de salud pública no es democrática, lo que provoca prácticas de corrupción. De ahí que explique el éxito del discurso ideológico neoliberal como: presentar una explicación para la crisis y ofrecer una solución, al mismo tiempo que estructura un discurso sobre problemas que son reales y que ya se venían presentando en el sector.

CUADRO 3: RESUMEN DE LA POSICIÓN DE LOS SALUBRISTAS

FRENTE A LA CRISIS DEL SISTEMA PÚBLICO

Presupuesto	Variaciones ideológicas	Problemas pre-crisis	Poscrisis
La salud como un compromiso del Estado	Nacionalistas	Crítica al modelo de desarrollo centrada en la industria y en el desarrollo urbano que ha valorado la atención curativa y llevado a la contaminación de las ciudades y el abandono del campo.	Alejamiento de las comunidades
	Desarrollista	Expansión desigual de la seguridad social	Ruptura de las grandes alianzas
	Izquierda	Legítima la explotación capitalista	Aumento de la pobreza, mercantilización de la salud.

Fuente: Elaboración propia.

Por consiguiente, la presencia de esas corrientes es un testimonio de las tensiones que desde antes estaban presentes en el sector y en los problemas percibidos para la realización de la salud como un derecho social. Para el salubrista vinculado con las fuerzas

políticas del régimen priísta, la dimensión pública de las instituciones de salud no es el origen del problema sectorial, cuestión que compartían los salubristas de izquierda. Los problemas del sector se explican, en parte, ya sea por las alianzas o por la dirección que toma el desarrollo socio-económico y que, por lo tanto, está vinculado con la política y con el proyecto de sociedad que lo orienta, así como por sus reflejos en el sector. No se trata de una cuestión de concepción de modelo en sí, de naturaleza sistémica, conforme lo plantean los neosalubristas, sino de una cuestión social vinculada con el ejercicio del poder.

1.3. LAS CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS ENTRE LOS NEOSALUBRISTAS Y SALUBRISTAS EN TORNO A LAS CARACTERÍSTICAS Y PROBLEMAS DEL SECTOR

Para resumir lo dicho hasta ahora, es preciso señalar que la apreciación de los problemas del sistema de salud en México ha sido abordada desde distintas perspectivas por salubristas y neosalubristas, lo que no impidió que ambos coincidieran en cuanto a los problemas del sector cuando se hablaba de mejorar o, en el peor de los casos, de mantener el nivel de salud de la población mexicana mejorando el acceso. Asimismo, ciertas cuestiones fueron debatidas en diversos foros y por diferentes actores, desde el inicio de la década de los setenta, y las cuales constituyen un consenso en el sector. Es decir, la cuestión de la baja cobertura de los servicios de salud entre los grupos sociales en situación de pobreza, la baja eficacia de los servicios de salud frente a los problemas de salud vinculados con las relaciones sociales que generan oportunidades diferenciadas en relación con su bienestar, la tendencia a aumentar los costos y a desequilibrar las finanzas de las instituciones públicas de salud, debido a un desplazamiento de las actividades de prevención y promoción hacia la atención médica curativa basada en tecnologías complejas y sofisticadas, y la canalización de los fondos públicos para el sector de seguridad social no eran problemas nuevos para el sector. Además, hubo un reconocimiento de que la crisis económica aumentó la gravedad de esos problemas, y salubristas y neosalubristas reconocieron que había que hacer algo. Lo novedoso tal vez haya sido la exploración por parte de los neosalubristas de estos problemas a favor de su propuesta, y una mayor diferenciación en el abanico ideológico al tiempo que la izquierda salubrista se acercó más a una posición proteccionista-nacional más propia del PRI y heredada por el PRD.

Lo mismo se puede decir con respecto a las propuestas para hacer frente a esos problemas. Aunque hubo un consenso en relación a éstas, lo que tiene que ver con las estrategias para la extensión de cobertura (atención primaria con la presencia del médico general en oposición al médico especialista, racionalización de los costos, mayor importancia a las actividades de prevención, promoción a la salud y educación para la salud teniendo a la madre como objetivo clave, participación comunitaria, equidad en la distribución de los fondos públicos, descentralización) fue interpretado de forma distinta por salubristas y neosalubristas aunque lo que los distingue son las propuestas para abrir el acceso al sistema.

La izquierda salubrista replanteó su postura en oposición a la política de liberalización y ante Estado. Un elemento central que explica las tensiones entre los salubristas y los neosalubristas, lo que los dividió, se refiere a cómo ubicaron a las instituciones públicas de salud en la sociedad y las estrategias que establecieron para acceder a las mismas, y, en particular, cuál era su papel en la construcción de sociedades más justas. Para los neosalubristas, el cambio del modelo de desarrollo basado en la apertura de mercado y en la inserción internacional impuso una redefinición de criterios de acceso a las instituciones públicas de salud basado en el vínculo laboral y que provocaban la fragmentación y la poca capacidad para gestionar y racionalizar las demandas, para promover un acceso más equitativo a los servicios y bienes en base al aseguramiento de paquetes asistenciales como estrategia para lograr el derecho a la protección en salud.

En ese sentido, postularon cambios en el ámbito organizacional con base en que había un problema formal de concepción del modelo que era obsoleto y que requería de un viraje de paradigma organizacional (Frenk, 1999), pues argumentaron que el modelo instituido en el pasado fue mal concebido debido a que respondió a diferentes principios de acceso (asistencial, aseguramiento, estatus), lo que repercutió en su operación. De acuerdo con ellos, esa forma de estructurar el sistema en base a diferentes principios de acceso afecta la capacidad del sistema para gestionar las nuevas demandas como lo incapacita para responder y adaptarse a las necesidades cambiantes de los usuarios y de los prestadores. De ahí identifican la necesidad de la reforma para hacer el modelo más flexible frente a la demanda y sensible a las opciones de los consumidores con capacidad de elección, sin dejar

de contemplar la dimensión social promoviendo la equidad horizontal a través de la universalización de las necesidades básicas.

Por su parte, los salubristas no pusieron en tela de juicio los principios ideológicos en los que se basaba la organización de las instituciones públicas de salud, lo que las vinculaba con el proyecto social del Estado. Para ese grupo, el Estado era un ámbito importante de poder que definía y daba dirección al desarrollo de la sociedad en su conjunto. Lo que estaba en debate era la naturaleza del proyecto social del Estado mexicano, uno de cuyos puntos de tensión se expresaba en una lucha por la dirección ideológica del propio Estado. El salubrismo que permanecía en el PRI se inclinó por un rechazo explícito o implícito de cambios profundos en las condiciones políticas que fundaron la institucionalización y el desarrollo del sector; posición que, históricamente, tomaron, y de la que no hay ningún indicio de cambio. La tendencia nacionalista-popular del PRI y la de la izquierda, cada una a su modo, tendieron a la discusión del proyecto social del Estado (la naturaleza del desarrollo, el bienestar), dimensiones sustantivas consideradas fundamentales para la relegitimación de las instituciones públicas de salud como instancias del Estado al servicio del bienestar social.

2. LA SOLUCIÓN A LOS PROBLEMAS PLANTEADOS DE ACUERDO CON LA PERSPECTIVA DE LOS SALUBRISTAS Y DE LOS NEOSALUBRISTAS

Todas las propuestas a ser presentadas contienen una dimensión ideológica que expresa los valores e ideas que guiaron la acción –una perspectiva técnica-teórica–, los cuales constituyeron los medios para dar solución a los problemas, así como una política que construye las bases de apoyo para garantizar la puesta en práctica de las soluciones propuestas a los problemas de salud identificados socialmente como una cuestión social. A continuación, los trataré a todos como discursos proyectivos, normativos y prescritos que expresan los deseos o las esperanzas de quienes los propusieron, aun cuando se presentan como discurso analítico (Bobbio, N., 1998: 59). En este sentido, lo que busco es presentar lo que debería ser y hacer el Estado en el ámbito de la salud según la perspectiva de los salubristas y neosalubristas, pero a sabiendas que esto no es la realidad propiamente dicha.

2.1. LA PROPUESTA DE LOS NEOSALUBRISTAS: EL PLURALISMO ESTRUCTURADO, UN MODELO BASADO EN LA OFERTA Y EN LA LIBRE ELECCIÓN DEL CONSUMIDOR Y AJUSTADO A LAS NECESIDADES DE SALUD

La reforma fue planteada a partir de un diagnóstico que consideró que el sistema de salud estaba enfermo y pasaba por una situación de crisis aguda, en peligro de un colapso crónico, o, incluso, de muerte en ausencia de una reforma. La enfermedad fue localizada en una parte del sistema (del cuerpo social), en las instituciones públicas y de seguridad social (en el Estado), y sus síntomas eran: la falta de control de los costos, las inequidades, la falta de libertad y calidad y las ineficacias. El derrumbe del sistema o su muerte se expresaron por medio de una crisis de ingobernabilidad de los costos y de la demanda, la cual estaba siendo provocada, por un lado, por la transición en las condiciones de enfermar y de atención a la enfermedad, y, por otra parte, por la presión de los grupos sociales organizados sobre el sistema de atención, el cual no podía responder debido a que no contaba con recursos suficientes para ello.

Con esa metáfora médica de interpretación de la crisis del sistema de salud como una enfermedad, lo que los neosalubristas buscaron demostrar fue que se tenía que actuar lo más pronto posible para mejorar el desempeño, la calidad y la equidad y permitir la libertad de elección, haciendo así frente a la aguda crisis que podía manifestarse a través de la ingobernabilidad de los costos y de inconformidades sociales. La terapia indicada era una reforma planteada como una operación entendida como una intervención en las instituciones públicas que constituían las partes enfermas del sistema. Esa intervención, definida como de carácter técnico y necesario, era una garantía para que el enfermo (o el sistema de salud) no muriera y pudiera continuar funcionando.

En esa metáfora, la reforma fue entendida como un tratamiento a ser llevado a cabo por los gobiernos o un grupo político sobre las instituciones públicas de salud con el propósito de eliminar “los elementos nocivos o corruptos de la sociedad” para permitir la evolución del sistema social hacia un “mejor” estado de su ser (Funsalud, 1997: 288). En ese marco de comprensión, el elemento enfermo que impedía la evolución natural del sistema, y el cual la reforma buscaba sanar para permitir su progreso, eran los principios vinculantes de acceso de los grupos sociales a las instituciones públicas y de seguridad

social. Es decir, las responsabilidades del Estado frente a la cuestión social manifestadas en la conformación de un sistema universal que busca incorporar a todos los ciudadanos garantizando la oferta de todos los bienes y servicios.

Considerando que la parte enferma del sistema de salud era el Estado porque gestiona la cuestión social mediante la construcción de sistemas universales estructurados en una oferta universal como elemento de corrección de las desigualdades sociales, lo que la reforma buscó hacer fue gestionar la inequidad a partir de la definición de un paquete de servicios “necesarios”, subsidiado en cuanto estaba dirigido a los pobres y era comprado por los sectores con poder de compra mediante estrategias de aseguramiento. Con esa operación correctiva, las instituciones públicas dejarían de organizar a través de la oferta, y en su lugar, los consumidores con su poder de compra quienes garantizaron la existencia de la demanda garantizada mediante aseguramiento de acuerdo con la capacidad de pago. La redistribución de la riqueza estaría garantizada con crecimiento económico y a través del mercado.

Es decir que, el acceso garantizado mediante el monopolio del Estado y manifestado a través de la oferta universal de los servicios como expresión de la estrategia de respuesta a la desigualdad social, fue puesto en tela de juicio e identificado como un elemento problemático que propiciaba un mal funcionamiento del organismo o sistema. En consecuencia, uno de los núcleos del cambio se refirió al manejo del Estado de la cuestión social que no permitía la incorporación del mercado como garante del acceso.

Sin embargo, se reconoció que la terapia no se basaba únicamente en el diagnóstico de las deficiencias o de un mal funcionamiento del cuerpo enfermo, ni en el diseño de un modelo para mejorar la situación eliminando las partes enfermas. La terapia debía ir acompañada de otras indicaciones auxiliares y complementarias, conformadas por orientaciones, técnicas y políticas, para instrumentar el modelo o permitir una intervención exitosa (Funsalud, 1997: 337).

Pasaré ahora a presentar las condiciones necesarias para garantizar la reforma o la cirugía.

A) SEDANDO AL PACIENTE

a) Las justificaciones de la operación

Para elaborar el diagnóstico los neosalubristas partirán de algunas premisas. La primera era que la salud está conformada por dos dimensiones: una que se refiere a “las condiciones de enfermedad, discapacidad y muerte que afectan a la población”, la cual se vincula con el desarrollo económico de la sociedad; y otra, la “respuesta que las políticas públicas han dado a dichas condiciones”. Alegan que ambas dimensiones se encontraban determinadas por un conjunto más amplio de transformaciones que ellos proponían analizar y que aludían a la historia de los sistemas de salud ya rebasada (Frenk, 1998).

En consecuencia, la segunda premisa vinculante tenía como enunciado el cambio de las condiciones socio-política-epidemiológicas bajo las cuales fue institucionalizado el sistema de salud en México, al igual que las dos dimensiones que operaban en las condiciones de salud en México. Es decir, se reconoció que los factores que provocaban las enfermedades ya no eran los mismos, al igual que el contexto socio-económico-político e ideológico más amplio sobre el cual se ubicaron los sistemas de salud. Como consecuencia lógica de ese raciocinio, el sistema tenía que cambiar para acompañar su entorno.

De esas dos premisas surgieron dos corolarios: uno relacionado con las condiciones de salud, y cuyo enunciado era que el sistema de salud ya no respondía a las necesidades planteadas por la sociedad, y señalaban que había un nuevo perfil de enfermedad y de demanda: México era ahora una nación cuyas condiciones de vida habían superado por mucho a las de generaciones pasadas, esto indicado en las transiciones epidemiológicas y demográficas. Esos dos elementos permitieron a los neosalubristas hablar de tres transiciones fundamentales dentro del campo de la salud: la primera es la epidemiológica, la cual se refiere a los cambios a largo plazo en las condiciones de salud de una sociedad. La segunda es la demográfica y se refiere a una mayor longevidad de la población, acompañada de una disminución de la tasa de fecundidad. Y la tercera, la transición de la atención a la salud, tiene que ver con las transformaciones en los paradigmas dominantes que guían la respuesta del sistema de salud (Frenk, 1991b).

Asimismo, vinculada a esas tres transiciones, los neosalubristas reconocieron que el país estaba viviendo una transición educativa “*que implica un incremento en la escolaridad, misma que incluye mayores conocimientos sobre la salud y mejores prácticas*”

sobre la salud, por lo tanto, transforma de manera efectiva las necesidades en demandas” (Frenk, 1998: 86). Y, además, una transición política *“en la que se manifiesta el derecho social a un mayor reclamo de atención a la salud, así como la exigencia de servicios accesibles y equitativos de alta calidad”*, y una transición económica, que implicaba una transformación estructural que *“ha sentado las bases para una mejoría del ingreso que generará aun mayor demanda de atención médica”* (Funsalud, 1994: 63).

De acuerdo con Frenk, la transición de la atención a la salud se dio debido a que el sector salud en México reflejaba *“el proceso histórico-social que se suscitó después de la Revolución [y el cual] desembocó en arreglos políticos que orientaron el quehacer político del sector”* (*op. cit.*, 4). Para Frenk, las políticas de salud de las dos últimas décadas se inscribieron dentro de un vasto movimiento modernizador que arrancó en 1943 (año fundacional del actual sistema de salud), cuando se colocaron tres de sus piedras angulares: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el primero de los diez institutos Nacionales de Salud.

Frenk considera que esos arreglos diseñados hace más de medio siglo, como parte de una primera generación de reformas en salud que respondieran a las exigencias del desarrollo industrial, han ido perdiendo vigencia desde 1968; para él, caducaron junto con el pensamiento que alimentó y justificó su práctica y, actualmente, requieren de importantes modificaciones en diversos ámbitos. Para Frenk, las manifestaciones de la crisis del sector fueron múltiples, pero considera que la más extrema fue la presencia de millones de personas sin servicios de salud que coexistían con miles de médicos sin empleo.

De acuerdo con los neosalubristas a partir de Frenk, la transición en las condiciones de salud fue el resultado de las mejorías en las condiciones de vida y de las respuestas oportunas de las instituciones de salud que *“supieron responder a las necesidades sociales y económicas y a las aspiraciones políticas de aquellos tiempos”*. Eso quiere decir que *“gran parte de los objetivos planteados hace ya medio siglo se fueron cumpliendo con el descenso de la mortalidad, la ampliación de cobertura, la formación de recursos humanos competentes y la investigación científica”*. Esos objetivos fueron planteados en el marco del *“modelo de desarrollo promovido por el crecimiento económico, y sostenido políticamente*

con el apoyo de grupos de interés favorecidos por un bienestar social exclusivo”; y los cuales Frenk considera que ya se cumplieron.

Para Frenk, la transición en las condiciones de salud comprende tres movimientos fundamentales que van a operar en la demanda de atención:

a) el paso de un predominio de las infecciones comunes y la desnutrición como principales causas de muerte a una preponderancia de las enfermedades crónico-degenerativas, las lesiones y los padecimientos mentales; b) un desplazamiento del peso de la mortalidad de los niños hacia los adultos, especialmente los de edad avanzada, y c) un cambio en el estado social y biológico de la enfermedad, la cual deja de ser un evento agudo que se resuelve, ya sea por curación o por muerte, para convertirse en un estatus crónico y a menudo estigmatizado: mientras que con las enfermedades agudas se está enfermo, con los padecimientos crónicos se es enfermo.

La percepción de las dos transiciones permitió a los neosalubristas afirmar que el sistema de salud en México enfrentaba retos importantes, entre los que destacan dos: el aumento de la demanda y la capacidad de respuesta. La respuesta implicaba repensar la redefinición de prioridades y la reformulación del paradigma dominante de atención a la salud basado en la garantía del acceso universal a través del Estado.

Para los neosalubristas, frente a la complejidad epidemiológica que se encontraba en México, donde había que dar respuesta a las enfermedades pretransición (de la pobreza) y postransición, la solución no podía ser unilateral, atacando, por ejemplo, sólo un tipo de enfermedad, sino que exigía un abordaje integral. El abordaje integral, desde su punto de vista, “deberá definir sus prioridades más en torno a estrategias organizativas que a patologías específicas. Ello implicaría una reorientación fundamental en el paradigma dominante de la atención a la salud” (*op. cit.*, 13) para lograr una mayor eficiencia en la asignación de los recursos y hacer frente a una posible crisis de gobernabilidad.

De acuerdo con el planteamiento de los neosalubristas, el resultado de esa transición fue una mayor presión sobre los servicios de salud, presión que debía ser gestionada de forma eficiente, en particular cuando los recursos eran escasos y crecía la percepción de

que la falta de salud de determinados grupos sociales era un obstáculo para el propio desarrollo económico. Esa presión, de acuerdo con Frenk, manifestaba desde una mayor competencia entre las enfermedades crónico-degenerativas y las de la pobreza por los recursos de los servicios médicos, pasando por la existencia de un público que tenía dinero y demandaba tecnologías avanzadas, y que envejecía y sufría de enfermedades crónicas, a la vez que existía un mayor número de mujeres en edad productiva que demandaban atención al parto, hasta un cambio en la situación laboral de la mujer que le dificultaba continuar ejerciendo el papel de cuidadora de los enfermos en la casa.

Es decir que, la sociedad mexicana dejó de ser la de principios del siglo pasado cuando el Estado asumió la responsabilidad de enfrentar la cuestión social en salud mediante instituciones públicas de salud y de seguridad social. Dicha sociedad se modernizó, se diversificó, se hizo más rica y requirió de un sistema de salud cuyo polo dinámico para impulsar su crecimiento fuera el mercado, permitiendo la incorporación de las nuevas tecnologías para el diagnóstico y el tratamiento, cosa que en la perspectiva de los neosalubristas, es el sector privado que debe de hacer debido su eficiencia.

b) Lo que van a hacer: el canto de las sirenas

El pluralismo estructurado, un sistema de mercado que pretende ser justo y democrático en el sentido de ser plural, debido a que atiende tanto las necesidades de los pobres como las de los que tienen recursos y garantiza la libre elección en un mercado plural.

La propuesta organizativa sugerida por los neosalubristas fue resultado de un trabajo colectivo de especialistas, en colaboración con el Banco Mundial, en el que participó el Dr. Julio Frenk. Ese modelo recogió elementos del debate internacional, en particular los conceptos de mercado y de utilidades, formulados desde la economía, así como el concepto de justicia social basado en los principios de las diferencias conforme fue propuesto por Rawls y el cual se expresa en las premisas neoliberales en las que eficiencia y calidad son generadas por competencia y mecanismos de mercado –o casi mercado–, y en las que la justicia social debe actuar sobre las inequidades que obstaculizan la entrada de las personas en el mercado, en el reino de la libertad y de la realización.

El pluralismo estructurado fue presentado por sus ideólogos como una propuesta de organización de los servicios de salud personales para atender la heterogeneidad social existente en México, a partir de los principios de solidaridad, universalidad y de la libertad de elección, al tiempo en que permite la conciliación de la naturaleza dual de la salud: por un lado, como un bien social que se realiza como bien público fundamental para la promoción del desarrollo y del bienestar social y, por otro lado, como un bien económico que se realiza como bien privado generador de riquezas.

En ese sentido, su propósito operacional fue deslindar los compromisos existentes del Estado con la atención médica (quebrar el monopolio estatal del acceso a los servicios de salud) para permitir que el financiamiento de la atención curativa siguiera a la demanda individual a través de medidas de aseguramiento por riesgos y hubiera una mayor participación del sector privado en el cuidado a la salud, dejando a la colectividad solamente aquellas actividades consideradas únicamente como un bien público (salud pública), identificadas como necesarias para no obstaculizar el desarrollo económico y promover la justicia social. Para que eso ocurriera había que redefinir las responsabilidades del Estado frente a la cuestión social: el papel del Estado ya no era gestionar la desigualdad social mediante la construcción de sistemas públicos universales, y sí gestionar la inequidad y desempeñar el papel de garante del acceso de la población a los servicios en función de la capacidad de pago de cada quien, mediante la modalidad de aseguramiento, así como hacer que la demanda fuera atendida por el sector privado.

En consecuencia, los servicios personales de salud fueron definidos por los neosalubristas como el “conjunto de acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se aplican directamente a los individuos.” La acción en salud pública fue entendida como “las acciones que se dirigen ya sea a las colectividades (*i.e.*, educación masiva en salud), o a los componentes humanos del ambiente (*i.e.*, saneamiento básico) que rebasan al sector salud (Funsalud, 1997: 335). Es decir, son los eventos que afectan y favorecen simultáneamente a varias personas, y por esa razón deben de ser costeados con recursos públicos.

En defensa de su modelo, argumentaron que el Pluralismo Estructurado permitía atender la pluralidad de demandas sin llevar a la fragmentación del sistema en subsistemas

por grupo social y sin limitar el valor de la autonomía individual y familiar puesto que se “aplican los mismos valores y principios a todos los grupos de población” (Funsalud, 1994: 78). Es decir, el principio de equidad que orienta el acceso y la distribución de los servicios y bienes de salud es parte de las responsabilidades reguladoras del Estado que debe garantizar que todos reciban el mismo servicio –aunque los servicios no son necesariamente propiedad del Estado– como parte de sus compromisos sociales de combate a las inequidades. Esos servicios son aquellos que conforman el llamado paquete esencial o básico y que son definidos técnicamente con base en las necesidades y no de la demanda. A partir de eso, los individuos son libres para procurarse en el mercado todos los bienes adicionales que deseen comprar, mientras que el mercado garantiza la calidad a través de la competitividad.

Como corolario de lo anterior, y buscando conciliar la equidad y la eficiencia en la asignación de los recursos, los neosalubristas redefinieron de la universalidad, de ser la promesa de “todo para todos” pasó a ser entendida como “lo mejor para todos” definida en base a indicadores de eficacia. Cuanto al principio de la equidad, ese se lograría, en la perspectiva de los neosalubristas, por medio de un paquete de intervenciones esenciales, definido como “el conjunto de intervenciones a que toda persona debe tener acceso, independientemente de su capacidad financiera o situación laboral”. Las intervenciones son aquellas que “han destacado como la mejor inversión para la salud” porque se llegó a ellas por medio de un análisis de costo y efectividad científicamente fundamentado. Asimismo, alegaron que eran éticamente sólidas y socialmente aceptados y, al estar basado en el principio de la ciudadanía, el financiamiento debía ser fundamentalmente público (Funsalud, 1997: 335-336).

La equidad también debía lograrse en la financiación de los servicios de salud, y se debía conciliar con el principio de solidaridad. La solución planteada por los neosalubristas fue: mantener la idea de subsidio para la población que no podía acceder a los seguros junto con la de aseguramiento obligatorio, y de paquetes diferenciados para cada tipo de aseguramiento. Además, propusieron la continuidad del aseguramiento colectivo de la seguridad social como instrumento de financiación e introdujeron la posibilidad de los seguros privados, colectivos o individuales; aquellos que alguien decide contratar de

acuerdo con su capacidad de pago. En cuanto a eso, buscaron garantizar la equidad horizontal, entendida como el tratamiento igual para iguales, lo que incentiva una mayor presencia del sector privado en la provisión y articulación de los servicios de salud, y conserva el papel financiero de la seguridad social.⁸⁹

De ahí la propuesta de sustitución o re-configuración del actual sistema organizado verticalmente por grupos sociales bajo la concepción de un tratamiento desigual para desiguales, por uno integrado horizontalmente por las funciones de modulación, financiamiento, articulación y prestación que garanticen una equidad horizontal basada en lo mismo para todos como un denominador común que iguala a todos independiente de sus necesidades. Para llegar a ese modelo sería necesario: a) romper con el monopolio del sector público en la prestación de los servicios de salud y con la existencia de un presupuesto histórico que garantiza una demanda fija con base en el criterio universalista de “todo para todos”; b) cambiar el enfoque de la política de salud que busca la ampliación cuantitativa de la cobertura en búsqueda de “todo para todos”, para centrarse en una gestión basada en la eficacia capaz de definir las necesidades en salud en función de los recursos para permitir una mayor igualdad en la calidad de la atención que reciben los diferentes grupos sociales, y asegurar así niveles de calidad iguales; c) separar las funciones para posibilitar el tránsito de un sistema organizado a partir de la oferta de servicios con base en un presupuesto histórico, a uno basado en la demanda de acuerdo con el tipo de aseguramiento elegido por cada consumidor; d) garantizar el financiamiento público combinado con otras fuentes como garantía de acceso a los prestadores privados y sociales; y e) crear el sector privado.

En ese nuevo modelo de organización de los sistemas de salud propuesto por los neosalubristas, el papel de las organizaciones públicas era el de “imprimir una dirección estratégica al sistema en su conjunto”. El Estado restringido en su dimensión política debía “canalizar sus energías al cuidado del interés público, proponiendo direcciones estratégicas, proporcionando una seguridad integral, movilizand o recursos, estableciendo normas,

⁸⁹ Sobre la equidad en los sistemas de salud, véase Vargas, I., Vázquez, M. L., Jané, E. (julio-agosto, 2002), *Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica*, en *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, 18 (4): 927-937.

catalizando la actividad privada, confiriendo transparencia a los mercados, protegiendo al consumidor, evaluando desempeño y asegurando justicia” (Funsalud, 1997: 327).

La función de conductora tocaba a la Secretaría de Salud, la cual debía ejercer dicha función a través de la delegación de su poder de regulación “a las organizaciones participantes de la sociedad civil que no estén ligadas a intereses especiales” (Funsalud, 1997: 324) que tenían que crearse, y que en México recibieron el nombre de Instituciones de Servicios Especializados en Salud (ISES).⁹⁰ El poder de la autoridad sanitaria, definido como expresión de legitimidad, en la perspectiva de los neosalubristas, debería de constituir a partir de su capacidad catalítica junto a la sociedad civil.

En el esquema propuesto por los neosalubristas, la función de gestión y administración tenía que ser progresivamente transferida a las organizaciones independientes, privadas, de la sociedad, las cuales debían articular la prestación y el financiamiento. La función de prestación de los servicios, en gran parte, tenía que ser transferida al sector privado, sin eliminar totalmente la participación del sector público, el cual respondería por los servicios para la población pobre. Mientras que la función de financiamiento sería asumida por la seguridad social y por otras modalidades de seguros de prepago, de acuerdo con la capacidad de pago de cada consumidor individual y por subsidios para quienes no estaban capacitados para participar en el mercado de un paquete de servicios.

En ese esquema basado en la identificación de riesgos que orienten la formación y el precio de los paquetes explícitos de servicios, los seguros constituyen el mecanismo por excelencia de financiamiento, como estrategia para disminuir los gastos de bolsillo pero que no necesariamente los elimina puesto que los paquetes no garantizan cobertura universal a los problemas de salud. El financiamiento se define como de carácter público, en el cual están previstos subsidios para los grupos más pobres en combinación con contribuciones obligatorias de prepago.

Además, las llamadas organizaciones independientes desempeñan un papel muy importante: articulan poblaciones y prestadores públicos o privados de servicios de salud y

⁹⁰ En Colombia, los agentes intermediarios de gestión recibieron el nombre de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). Para el caso de Colombia véase Hernández, M. (julio-agosto, 2002), *Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia* en Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro 18(4): 991-1001.

median entre las agencias financieras y los prestadores de servicios. En dicho enlace, estas organizaciones administran los riesgos y el acceso –ya sea de los clientes o de las prestadoras–, asegurando un uso costo-efectivo de los recursos, una buena calidad técnica y la satisfacción de los usuarios, definiendo paquetes de beneficios o de intervenciones, informando al consumidor y representando sus intereses agregados (Funsalud, 1997: 330 y 331). Es decir, son éstas las que contratan al prestador de servicios para el consumidor, lo que genera una competencia en la afiliación de consumidores y en la contratación y una pluralidad de planes en competencia. La concurrencia y la libertad del usuario para elegir su administradora es lo que garantiza la calidad y el control de los costos en ese esquema.

En resumen, el pluralismo estructurado no es más que la redefinición de las responsabilidades del Estado para con la cuestión social, limitando su acción para permitir la concurrencia del mercado en la prestación de servicios de salud, lo que, según Frenk, combinó lo mejor del gobierno (la actuación sobre el colectivo), de la seguridad social (los recursos financieros) y del sector privado (calidad, eficiencia y desarrollo tecnológico).

La cuestión ahora es cómo cambiar de un modelo de política de salud a otro, o, siendo coherente con la metáfora médica planteada por los neosalubristas: una vez que los argumentos para convencer a los familiares y al propio paciente de su enfermedad ya fueron planeados como también le fue presentado la solución, y éste está medio sedado y asustado; ahora es saber, ¿cómo garantizar el éxito de la cirugía? ¿Quién va a hacerla? O sea, ¿cómo garantizar el éxito de la reforma?

B) La reforma como un fenómeno político: cimentando analíticamente la intervención

Frente a una intervención de la magnitud que estaban proponiendo los neosalubristas, y conscientes de antemano que los resultados no estaban garantizados, el conocimiento basado en evidencia constituyó, en el nivel del discurso, un elemento importante de convencimiento.

Los neosalubristas consideraban que sus argumentos eran fuertes, que los sectores próximos al sistema de salud enfermo estaban sensibilizados y que ellos gozaban de poder para autorizar la intervención. Asimismo, estaban convencidos de la necesidad de operarlo –incluso de hacer una operación de pecho abierto–, y sabían que algunos podían tener

dudas en relación al dramatismo de la intervención, y que estos cuantos podían provocar descontentos que obstaculizaran la cirugía.

Para garantizar la factibilidad de la intervención de los tomadores de decisiones se requería de una generación de conocimientos y evidencias y se escudaran en la objetividad tanto para lograr resultados positivos como para legitimar las decisiones. Los neosalubristas señalaron que, a través del conocimiento se podían “aunar aspectos técnicos subyacentes a la reforma del sector salud con el político”, y se podía hacer uso de la imaginación y pensar caminos alternativos por medio de los cuales el país pudiera avanzar hacia el futuro sin provocar conflictos (Frenk, 1998).

De esta forma, el conocimiento funcionaría como recurso de convencimiento legitimador en lugar de la política, con una función utilitaria, pragmática y no necesariamente con la intención de hacer ciencia ni de hacer de la política un instrumento para expandir el espacio público, entendido como ámbito de enfrentamiento de distintos proyectos de la sociedad.

En sus análisis, los neosalubristas identificaron tres ámbitos que requerían de modificaciones y que, por lo tanto, hacían necesaria la acción política (entendida como toma de decisión) y la generación de evidencias. Estos tres ámbitos eran: a) el ideológico, pues había que revisar ideas y posiciones dado el cambio de paradigma organizacional, de modo que el nuevo sistema de salud reflejara esas ideas y posiciones; b) el político, en relación con el marco de las relaciones Estado-sociedad, y c) el organizacional, con respecto al modelo de organización de los sistemas de salud.

En consecuencia, y reconociendo que en la realidad la intervención se hacía para desplazar y consolidar poder, los neosalubristas califican como un conocimiento pragmático importante “el referido a los estudios profundos de los actores involucrados en el sector salud”. Por supuesto, para los neosalubristas, los actores son los “que en gran medida determinan su configuración y la factibilidad de realizar cambios”. En consecuencia, sugieren el conocimiento profundo de los actores que se lograría a través de un mapeo de sus posiciones en relación con la reforma (grupos a favor & grupos en contra), de sus recursos de poder y capacidad de influencia.

De lo anterior y de sus publicaciones, es posible advertir que, estratégicamente, los neosalubristas recomendaban, para el caso de México, no hacer una reforma abrupta y total, como en el caso de Colombia. Para entonces ya se sabía que la reforma en Colombia había tenido un efecto traumático en la base institucional del sector, lo que implicó la quiebra de hospitales públicos, la liquidación de cajas de previsión y corrupción, entre otras cosas (Céspedes-Londoño, Jaramillo-Pérez, Castaño-Yepes, 2002: 1005).

También hubo por parte de los neosalubristas, una preocupación por evitar antagonismos entre varios grupos o sectores al mismo tiempo, pues en su percepción, ello podría provocar una crisis. Frente a dicha cuestión, la recomendación planteada por los neosalubristas fue el gradualismo, haciendo avances donde fuera posible lograr “*grados de consensos entre los actores*” (Funsalud, 1997: 341).

Para construir el consenso argumentaron que éste debía darse a través de “*la participación sostenida de representantes de los grupos sociales encauzados por instancias dedicadas y comprometidas con el cambio*” (Funsalud, 1997: 305). También consideraron que la instancia que facilitaría la convergencia necesaria para la reforma podía ser una comisión o un grupo de trabajo, con una coordinación ejecutiva que llamaría al debate a través de una Convención Nacional de Salud. Esa instancia tendría también la misión de fortalecer los elementos del por qué de la convergencia de los actores y los tiempos. Es decir, cuidaría de la racionalidad de la concertación y, por supuesto, de la reforma entendida como una acción política de los que toman decisiones.

Además, a partir de las publicaciones de Funsalud, sugirieron que el pacto debía construirse en el ámbito ideológico y éste debía concretarse en un Pacto Social para la Salud. La función del Pacto era constituirse en la expresión “*de la convergencia*” en relación con la orientación fundamental y los principios guías de la reforma (Funsalud, 1997: 17 y 342), y legitimando la acción de las autoridades para otorgarles “*mayor libertad para actuar sobre la aplicación concreta de los lineamientos generales*” (Funsalud, 1997: 342). Es decir, se trataba de un pacto ideológico construido en “*torno a los valores y principios de la sociedad respecto de la salud, la vida, la reproducción, el bienestar y la igualdad de oportunidad entre otros*” (Funsalud, 1997: 259), lo que proporcionaría los principios-guías para justificar la acción técnica. En ese debate se recomendó que la salud y

los intereses de la nación ocuparan un lugar central, actuando como puente para la concordia y la paz, y el equilibrio entre las demandas globales y las nacionales al lado de los demás componentes del bienestar social. Así fue expresada la propuesta por los ideólogos de Funsalud: *“Un Pacto Social para la Salud puede contribuir a fortalecer la identidad nacional al proponer la misión compartida de construir un Sistema Universal de Salud que, a un tiempo, reduzca las desigualdades regionales y prepare mejor al país para la competencia global”* (Funsalud, 1995: 73).

Puesto que se trataba de una acción en torno a los principios que conforman la identidad de la nación, se habló de la participación de todos los grupos y sectores; sin embargo, se reconoció que la eficacia de la estrategia dependía de la obtención del doble consenso de los beneficiarios y de los tomadores de decisiones, los protagonistas del sistema de salud que constituyen sus principales fuerzas, capaces de neutralizar a los oponentes. Los actores endógenos eran los prestadores de servicios, las universidades y los centros de investigación, las empresas, las organizaciones no gubernamentales, el gobierno y, desde luego, la población, definida como la razón de ser del sistema de salud (Funsalud, 1994: 47).

Según la perspectiva de Funsalud, los actores endógenos serían beneficiados directamente por la reforma, de ahí el interés en participar: según ellos, todos ganaban con la reforma. Paradójicamente, reconocieron que *“los usuarios de la salud pública en América Latina rara vez se constituyen en actores sociales, de tal suerte que su capacidad para presionar a sus respectivos gobiernos es extremadamente limitada”*, y que eran pasivos y *“aparentemente conformes con los servicios de baja calidad que se les ha proporcionado”* (Funsalud, 2001).

Frente a ese problema, y para garantizar el papel protagónico de la población dentro del sistema de salud, lo que Funsalud sugirió fue dar a conocer lo que los mexicanos opinaban y querían de su sistema de salud por medio de encuestas de satisfacción *“que permita dar voz a la población, contribuyendo así al ejercicio efectivo de su papel de protagonista del sistema de salud”* (Funsalud, 1994: 51). Dicha encuesta fue elaborada con la asesoría de un investigador de la Escuela de Salud Pública de Harvard. De esa forma pensaban garantizar la participación de la población pobre en la política de concertación.

Independientemente de la plausibilidad empírica de la concertación sugerida por Funsalud y de la visión instrumental de la política presente en su análisis, lo cierto es que vincularon normativamente la concertación con la política de reforma en situaciones democráticas, aunque ofrecieron un esquema de orientación para su puesta en práctica como si fuera un acto puramente racional limitado al ámbito sectorial. A partir de ese marco analítico es difícil conjeturar modificaciones sustantivas que impliquen avances políticos o, por lo menos, una mejor atención a los grupos de población menos atendidos por los servicios oficiales de salud. Además, en contradicción a lo propuesto a nivel del discurso, la investigación generó información que certificó la convergencia de interés entre los neosalubristas y el sector privado y el surgimiento de Funsalud como un “grupo pensante” de presión, vinculado con las demandas del sector privado. En este sentido, el modelo de atención que proponían se basaba en el desarrollo del mercado para atender la demandaba y la expectativa de una sociedad urbana, exigente y con capacidad de pago, plural y autónoma que valoraba su libertad y demandaba calidad, servicios personalizados y tecnología, alimentado por la industria médica, por el desarrollo continuo de la investigación y del desarrollo tecnológico, y apoyada en una variedad de intereses económicos y profesionales que beneficiaban con su expansión.

Los neosalubristas como grupo de presión interesado en promover la toma de decisión en torno a la reforma, consideraron que los actores significativos para una política de alianza eran los institucionales, reforzando, más que transformando, las relaciones entre Estado, economía y sistema político. Así, cuando el Dr. Soberón fue Secretario de Salud, dirigió su atención, principalmente, a la modernización del funcionamiento de la SSA que incluyera el desarrollo del conocimiento y la aplicación de tecnologías, que a la dimensión operativa de los programas y servicios. La reforma administrativa-modernizadora más que transformar o modificar el modelo de atención, fue un instrumento de poder, a través del cual buscó quitar recursos organizaciones de los grupos de poder.

2.2. LA PROPUESTA DE LOS SALUBRISTAS: LA DEFENSA DE LAS RESPONSABILIDADES DEL ESTADO PARA CON LA SALUD DE LA SOCIEDAD

Los salubristas no comulgaron con el presupuesto de los neosalubristas en cuanto al agotamiento de la propuesta universalista mediatizada por instituciones públicas, lo que los llevó a defender las instituciones públicas como prestadoras de servicios, como expresión del compromiso del Estado mexicano para con el bienestar de todos. Esto supuso, teóricamente, un esfuerzo redistributivo igualitarista que, a su vez, supuso que todos contribuyeran de acuerdo a su capacidad de pago para recibir según las necesidades particulares de salud de cada individuo, independientemente de su facultad de pago. Esa contribución podía tomar el carácter de un seguro obligatorio o de presupuesto público.

Los salubristas argumentaron que había, por un lado, un cambio en el proyecto de nación que dio sentido a la intervención pública en salud, el cual se reflejaba en un empeoramiento de los determinantes del contexto que operaba sobre el proceso salud-enfermedad-atención, y que, a su vez, agudizaba los problemas históricos del sector, particularmente aquellos vinculados con las condiciones de vida. Por otro lado, aceptaron que había un cambio en el perfil epidemiológico en lo que respectaba a los daños y a los riesgos, y que se caracterizaba por la suma de los viejos y tradicionales problemas de salud de nuestra sociedad, con nuevas enfermedades y situaciones graves de emergencia epidemiológica, propias de un contexto de vida más desarrollado. Así lo expresaron en una publicación de la *Revista Higiene* en 1988: “con la crisis económica y la disminución de recursos para el sector público, la salud pública debe competir con otros sectores de la sociedad por recursos, [pues la] disminución del ingreso económico tiene especial efecto de agravamiento en ciertos problemas específicos, como lo son las enfermedades intestinales y las respiratorias [...]”.

Sobre esa misma línea, en mayo de 1993, con ocasión de la constitución del Consejo Editorial de *Coyuntura*, revista del PRD, se dijo que el compromiso de ésta era “impulsar el debate [...] sobre la problemática nacional en un nuevo contexto internacional como prerequisite de la búsqueda de soluciones alternativas y parte importante del esfuerzo por construir un nuevo proyecto de nación, distinto del actualmente en marcha” (pág. 3).

Los salubristas vinculados con el PRD percibieron un cambio en el modelo de desarrollo y en las responsabilidades del Estado para con la cuestión social. Identificados con la propuesta universalista estatizante, consideraron urgente la construcción de un proyecto ideológico de poder distinto, capaz de rescatar el compromiso del Estado en el combate a las desigualdades sociales. En concordancia con esa posición, argumentaron que la crisis actual del sector, en particular de las instituciones de seguridad social, no era estructural sino que era el resultado de decisiones políticas que, obedeciendo a criterios macro económicos, alternaron y combinaron bajos salarios y la falta de generación de empleo, lo que llevó a la inmovilización de la capacidad contributiva, afectando el financiamiento del sector de atención médica, históricamente estructurado con base en ocupaciones marginales.

Con respecto a todo lo anterior se puede afirmar que existía, entre los salubristas, un sentimiento de malestar en relación tanto con la dirección que estaba tomando la política económica como con la política de salud, además de las consecuencias que éstas pudieran llegar a tener para la salud de la sociedad del futuro y, en particular, para los sistemas de salud (*Higiene*, 1988). Aunque, entre los salubristas, ese sentimiento variaba de intensidad, continuaron sosteniendo la necesidad de una política económica que generara el bienestar, apostando a una política de salud sostenida en la responsabilidad estatal en relación con la protección de la salud de la población. La cuestión que los dividió y diferenció tenía que ver con las estrategias dirigidas a generar las condiciones socio-políticas que permitieran a la salud pública actuar en nombre de un proyecto social y reducir los efectos de las relaciones sociales sobre el proceso salud-enfermedad-atención.

A) Las propuestas y sus estrategias de acción política

La postura de los salubristas es un blanco móvil dados los cambios del proceso en la sociedad mexicana. Durante el período de la Madrid, los salubristas próximos al PRI, comprometidos con la visión nacionalista de la Escuela de Salud Pública, plantearon dos órdenes de problemas: uno más inmediato y pragmático, que tenía que ver con cómo dar una respuesta a la situación de salud en el contexto de la crisis, y otro más a largo plazo y más estructural, el cual demandaba una salud pública con “ *capacidad para prever los*

riesgos y daños del futuro con base en la predicción de los problemas que la realidad actual nos depara, en especial en lo referente al ambiente, la salud laboral y la disponibilidad de recursos naturales [...] y de aportar al país una labor exitosa no sólo biológicamente hablando, sino dentro de un marco social de desarrollo y calidad de vida” (Higiene, 1988).

Es decir, que había que hacer frente desde el sector y de forma eficaz a las consecuencias de la crisis económica en las condiciones de salud de los grupos más vulnerables para que no aumentaran los problemas históricos del sector, y bajo esa visión pragmática-operativa-racionalizadora, apoyar la propuesta del doctor Soberón en la Secretaría de Salud, de crear un Sistema Nacional de Salud como instrumento a corto plazo, capaz de mejorar la prestación de los servicios de salud a través de una mayor organización y coordinación intersectorial de los recursos existentes. Para que el SNS pudiera ser, de hecho, operante, reconocieron que debía fortalecerse financieramente y canalizar sus recursos hacia las necesidades de mayor importancia regional y local a través de los servicios de atención primaria, materno-infantiles, del desarrollo de la medicina familiar y comunitaria, en estrecha colaboración con la medicina tradicional y con otros profesionales de distintas disciplinas afines, con la participación activa e informada de la comunidad, y descentralizado hacia los gobiernos de los estados y municipios (*Higiene, 1988: 7; Publicación de 1993 del Boletín Consejo de Salubridad General*).

No obstante, esa variante reconoció que la propuesta de Sistema Nacional de Salud, como estaba siendo planteada por el doctor Soberón, presentaba “fallas de origen”, lo que contribuía a que la persistencia de una visión biologista que no incorporaba una visión amplia de la salud “*donde la salud de una colectividad es resultante de un complejo socioeconómico, ante el cual, el Estado y particularmente el profesional de la salud pública debe de estar suficientemente comprometido para visualizar opciones reales de incorporación colectiva*” (*Higiene, 5*). Hasta ese momento, como vimos en el capítulo 6, lo que buscaba este grupo era, a través de un discurso de profesionalización de la salud pública, lograr un SNS operado por salubristas y con mayor compromiso social, capaz de mejorar la articulación entre los servicios de salud y las comunidades mediante la

promoción de la participación comunitaria, con la perspectiva de involucrar a las comunidades con su salud.

Por ello, sugirieron que el eje básico organizador del SNS se diera por la salud Pública y no por la práctica médica. La salud pública aquí fue planteada como un sector del Estado que respondía por la salud de toda la población, tanto en su dimensión colectiva como individual. Asimismo, plantearon la necesidad de contar con profesionales capacitados que operaran en y junto con la comunidad sobre los factores causales o de riesgo, en beneficio del ser humano “mediante mecanismos de intervención que prevengan o controlen el riesgo y, por lo tanto, limiten y/o eliminen el daño” (Burguete Osorio, *Boletín del Consejo de Salubridad*, 1993).

Otro aliado de la salud pública evocado por esos salubristas fue la participación democrática de la población. Esta se convocó para asumir una mayor responsabilidad con los problemas de salud y, en general, su participación se restringió al ámbito local para actuar junto con el profesional de la salud en el fomento a la salud (Burguete Osorio, *Boletín del Consejo de Salubridad*, 1994). También reconocieron que la participación democrática se manifestó como opinión pública, y la convocaron para asumir una mayor responsabilidad con los problemas sanitarios y con los servicios prestados en relación a determinados grupos sociales.

En cuanto al grupo de salubristas que se adhirieron al Partido de la Revolución Democrática, su postura fue de oposición política e ideológica a la política neoliberal que estaba en práctica desde la década de los ochenta en manos de los gobiernos priístas. Dicho grupo tomó para sí el lugar de defensa de la Seguridad Social solidaria y de carácter universal. Para sus integrantes, la defensa de la seguridad social pasaba por la defensa del ideario de una sociedad de pleno empleo, garantizado por el Estado benefactor como resultado de las grandes alianzas nacionales, donde los salarios de los trabajadores, combinados con una política de generación de empleo, eran elementos decisivos para profundizar su tendencia universal. En consecuencia, uno de los elementos centrales de la propuesta de ese grupo fue luchar por un modelo de desarrollo que generara empleo: “*Estamos en un país que no da empleo, que sigue manteniendo salarios mínimos en la*

cuarta parte de lo que se requiere y que no tiene más crecimiento, cuál sería el horizonte, entonces tenemos que luchar por un modelo que permita eso". (Entrevista n° 7)

En este sentido, el marco de referencia del "Programa de Salud del Gobierno Democrático" (1994)⁹¹ fue, por un lado, la defensa de la salud como un derecho social y un bien público "que la sociedad tiene la responsabilidad de garantizar a todos a través del Estado", asociado al compromiso en defensa de la vida a través de la promoción y preservación de la salud en un marco de democracia (*Coyuntura*, 26). Por otro lado, la oposición a las políticas económicas neoliberales y de salud que habían deteriorado la calidad de vida, provocado un incremento en la desigualdad social y diferencias en los riesgos y daños a la salud entre grupos y regiones, implicando también la pérdida de conquistas sociales y la adopción de una perspectiva de lucro que llevó al desfinanciamiento, a la creciente corrupción, a la desvalorización del trabajo institucional, a la verticalidad de las decisiones, al burocratismo, a la descentralización, a la privatización selectiva, a la transferencia de recursos del sector público al privado, a aumentar los costos de la atención global, a imponer un modelo de atención curativo y sobretecnologizado, a generar dilemas éticos entre los criterios científicos y los de rentabilidad, y a un peso importante de la participación de los empresarios de la salud en la formulación de la política sectorial.

Como corolario de sus principios, plantearon la relación entre la salud de la población y las condiciones de vida y de trabajo, y "el acceso universal a los servicios de salud". En ese sentido, la propuesta del salubrismo perredista fue avanzar en la construcción de un Servicio Único de Salud (SUS) universal, público y democratizado en su gestión. Asimismo, propusieron un desarrollo sustentable capaz de provocar impactos en todas las políticas públicas y sobre la salud individual y colectiva. De acuerdo con la visión

⁹¹ El Programa de Salud del Gobierno Democrático publicado en la revista *Coyuntura* en julio-agosto de 1994, se compuso de cuatro partes. La primera fue el programa propiamente dicho, redactado por Asa Cristina Laurell. La segunda un documento sobre "Investigación en salud", firmado por José Lepe Zúñiga; otro titulado "Para mejorar la salud y atención de las mujeres", en el que se aclaraba que fue resultado de discusiones con investigadoras y distintos grupos de trabajo (ONG) que se ocupaban de la salud de las mujeres, y la redacción a cargo de dos mujeres, Ángeles Garduño y Loraine Schlaepfer. Los otros dos apartados fueron: "Programa de salud de los trabajadores", elaborado por dos investigadores de la Maestría de Medicina Social de la UAM-Xochimilco, Mariano Noriega y Jorge Villegas, y el otro "Nutrición y alimentación", elaborado por dos investigadores, uno de la Medicina Social de la UAM-Xochimilco y el otro del Instituto Nacional de la Nutrición, Salvador Zuriván, de la dirección de Nutrición de la Comunidad.

de ese grupo, el caminar en dirección al SUS, y el desarrollo sustentable positivo para la salud, requería de la conquista del poder político por el PRD, condición para instaurar un orden democrático capaz de transformar las instituciones públicas y las políticas de salud y, por supuesto, para poner fin a la política neoliberal contraria a los intereses de la población.

En este sentido, asumieron explícitamente que la respuesta a los problemas del sector tenía una dimensión técnica, pero que pasaba necesariamente por la política. Es decir, que eran políticos y no técnicos los problemas del sector. Los neosalubristas, en cambio, insistieron en la caracterización técnica de los problemas, pero, de hecho, lo que hicieron fue, a través de un discurso descriptivo que expresaba sus deseos o intereses, presentarlos como un discurso técnico.

B) La estrategia de reforma del PRD y sus vínculos con el proyecto político de partido

Para los salubristas del PRD la reformulación del sistema público de salud formó parte del proceso de construcción de la democracia y no sólo requirió de un nuevo régimen político, sino también de la transformación del propio Estado para establecer nuevas relaciones con la sociedad y con la economía. En ese contexto de transición y de reordenamiento político, los salubristas del PRD tendieron a privilegiar el ámbito político-institucional como el eje de referencia político para la construcción de la democracia y de cambio para la construcción de un SUS que se concretizara con la llegada del PRD al gobierno; condición presentada como necesaria para “la refundación de las instituciones públicas independientes de los partidos políticos” (*Coyuntura*, 26).

Al articular la reforma del sector salud como parte de la democratización de la sociedad mexicana, esto figuró como un compromiso del PRD que se llevaría adelante mediante “reglas claras y bases firmes, y vale la redundancia, acordadas democráticamente”.

Por consiguiente, se entiende lo siguiente: proporcionar la información requerida, presentar alternativas y organizar el debate a través de la convocatoria de una Conferencia Nacional de Salud con la participación de “todos los interesados en el problema a exponer públicamente, de cara a la sociedad, sus propuestas y a llegar a acuerdos sobre derechos y

obligaciones”. Los resultados de esa Conferencia serían sometidos para su ratificación a las instancias correspondientes (*Coyuntura*, 27).

La propuesta de Reforma del PRD partió del principio de que el derecho a la protección a la salud podía ser garantizado con un Servicio Único de Salud (SUS), descentralizado, democratizado y público (basado en la oferta), con cobertura universal combinada con intervenciones compensatorias para favorecer a los grupos y regiones rezagadas y gratuitas al recibirlos. El SUS fue resultado de la fusión entre la Secretaría de Salud y la Seguridad Social, donde la primera pasa a ser la instancia de poder que debía preparar la propuesta técnica de unificación de los modelos de atención, la normatividad y regulación institucional en todos los ámbitos de su responsabilidad, apegados a los resultados de la Conferencia Nacional de Salud.

En ese nuevo marco, el modelo de atención debía ser regionalizado, orientado a los grupos más desprotegidos, basado en la atención clínica y de salud pública que privilegiara la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el quehacer anticipatorio. Los principales problemas de salud que debían formar parte de su agenda epidemiológica eran: la coexistencia de enfermedades de la pobreza con las crónico-degenerativas; la distribución diferenciada de esas enfermedades y de las muertes entre zonas y grupos sociales; el deterioro nutricional de la población; el retorno de algunas enfermedades consideradas bajo control; el aumento de los accidentes y de las muertes violentas; la muerte por aborto.

La relación público-privada se daría en el marco de la salud como derecho y bien público, lo que implicaba reconocer que el ejercicio privado de la medicina sería regido por una regulación pública respecto a sus aportaciones a la salud colectiva, y que no sería socialmente aceptado hacer de la salud un objeto de lucro controlado por la gran empresa privada. Asimismo, contemplaba la subrogación y que el complejo médico-industrial no contaría con subsidios estatales de ningún tipo.

La equidad en el financiamiento se lograría aumentando y unificando las fuentes de financiamiento del SUS en un Fondo Nacional de Salud, compuesto por recursos provenientes de las cuotas o con la universalización de un impuesto de seguridad social y salud, aportaciones del erario federal y gravámenes especiales para salud. Los salubristas

perredistas abrieron la posibilidad de analizar la necesidad de etiquetarlos, y presentaron, como parte del compromiso de equidad distributiva, canalizar recursos compensatorios a grupos y zonas rezagadas.

Plantearon que la democratización del sistema se lograría con una nueva distribución de los poderes técnico y de decisión, donde el nivel nacional, con la participación del ejecutivo y del Consejo Nacional de Salud, y teniendo al Congreso de la Unión como instancia de asignación de los recursos y criterios de distribución, definiría los lineamientos globales de la política de salud que tendrían un carácter obligatorio para los otros niveles: el estatal, que reproduciría la estructura de decisión del nivel federal y se ocuparía de la planeación, distribución de los recursos y evaluación; el municipal-local, en el ámbito de realización de las acciones de salud acompañadas de la ejecución de funciones de planeación, asignación de recursos, evaluación del funcionamiento e impacto de las actividades de salud, y el cual contaría con un Consejo de Salud con representación directa de organizaciones sociales y ciudadanas junto con las institucionales y políticas. La gestión de las instituciones y del centro de salud se haría con base en la participación de los trabajadores y de los usuarios junto con los directivos.

Se propuso también acabar con el rezago en saneamiento básico; elaborar un sistema de contabilidad sanitaria que permitiera introducir la salud como elemento a considerar en toda la planeación económica y social, y optimizar la coordinación intersectorial; reestructurar la regulación sanitaria que se encontraba dispersa en diversas Secretarías, promover una política farmacéutica pública y apoyar la iniciativa de un Cuadro Básico de Medicamentos.

El gran ausente de ese proyecto fue el ciudadano que le daría vida. Una propuesta que buscaba poner los servicios de salud al servicio de la ciudadanía no se podía contentar con evocar a la ciudadanía o sus agentes sociales, en particular cuando no estaba garantizada para la población en situación de pobreza estructural.

3. CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS ENTRE SALUBRISTAS Y NEOSALUBRISTAS EN TORNO A LA REFORMA

Estamos frente a dos concepciones distintas de política de salud y, por supuesto, de reforma, las cuales implican visiones conflictivas de proyecto de sociedad que integran marcos ideológicos y técnicos y que reflejan perspectivas muy distintas frente a la cuestión social, y las cuales no estaban ciegas frente a la realidad política y social, ya que la política se oculta tras la máscara del conocimiento y de la ideología del científico (Toergerson, *op. cit.*: 207).

¿Cuál es el significado político y social de estos dos planteamientos para la ciudadanía? El primer planteamiento pretende, en un primer momento, hacer de la reforma un problema de gestión de los sistemas de salud que se resuelve por medio de la introducción de mecanismos de mercado en lugar de la política como instancia de mediación de conflictos para ordenar la demanda y la oferta en salud, lo que implica una concepción distinta de Estado que no necesariamente se expresa en una modificación sustantiva de la esfera política.

Por el lado de los salubristas, la política estaba en el eje del modelo. Ellos reconocieron la política como un ámbito legítimo de actuación de la salud pública y tomaron la postura de permanecer dentro de la estructura de poder sectorial o de luchar por su transformación.

CAPÍTULO 8

LA PROPUESTA DE REFORMA DEL GOBIERNO DE ZEDILLO Y LA REFORMA DEL IMSS: PROYECTOS, APOYOS, CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS, ESTRATEGIAS POLÍTICAS

En el período de gobierno del presidente Ernesto Zedillo, la reforma del sector salud, entendida como reorganización del sistema de salud para mejorar el acceso y la cobertura de los servicios de salud, formó parte de la política de salud. Su puesta en marcha implicó un proceso de toma de decisión que involucró actores sociales y políticos que interactuaron y actuaron a partir de una estructura de poder. En este capítulo se abordará la reacción de quienes fueron afectados por la reforma y se analizarán sus efectos sobre el acceso y la cobertura de los servicios de salud.

Después del relativo naufragio del primer intento de reforma del sector salud cuando el doctor Soberón, como Secretario de Salud, puso en práctica la propuesta de Reforma Estructural (1982-1988) en un contexto de disminución del gasto público, con serias consecuencias para la infraestructura de los servicios de salud y para las condiciones de salud y vida de la gente, y de un lapso intermedio donde las acciones de salud para la población pobre fueron delegadas principalmente a Solidaridad bajo una nueva estrategia de legitimación y de combate a la pobreza, fue en el gobierno de Ernesto Zedillo Ponce de León (1994-2000) cuando el proyecto de reforma del sector ganó un nuevo impulso al incorporar en el Programa de Reforma del Sector Salud, la propuesta desarrollada por Funsalud con el apoyo del sector empresarial, conocida como el Pluralismo Estructurado. Como fue demostrado en el capítulo anterior, esa propuesta visaba un nuevo ordenamiento para el sector basado en la separación de funciones donde el acceso deja de estar vinculado a la categoría laboral pasando a ser garantizado mediante paquetes estructurados de acuerdo a los niveles de ingresos y riesgos.

La premura en dar respuesta a problemas económicos llevaron a que se precipitaran en relación con el inicio de la reforma, priorizando los cambios en la Ley de Pensiones del IMSS debido a los efectos esperados en el mercado financiero y en la competitividad de las

empresas. Eso implicó una mayor presencia del área económica en la conducción de la reforma por un equipo compuesto de economistas con vínculos con la Secretaría de Hacienda, algunos ajenos a la seguridad social y al sector salud, aunque próximos a Funsalud y a los intereses que promovía.

El presidente electo había prometido desde su campaña promover cambios en la seguridad social para generar ahorros internos y así favorecer la expansión de la economía con la perspectiva de generar empleo y una mayor inclusión a la seguridad social. En el ámbito de la salud, lo prometido seguía en la misma dirección: introducir mercado en la prestación de servicios de salud como estrategia para promover nuevas formas de acceso, en particular junto al sector privado, al mismo tiempo en que se buscaría ajustar la cobertura a partir de las necesidades en salud a través de paquetes asistenciales. Lo que parecía no estar definido era la estrategia y el equipo conductor del cambio y de las negociaciones.

El propósito de este capítulo es, una vez conocidas las ideas a través de las cuales los actores proyectaron el orden social, en función del cual presentaron sus propuestas para mejorar el acceso y la cobertura de las instituciones de salud, pasar a analizar cómo los actores investigados interactuaron con otros actores y con el propio Estado en función de sus prioridades y proyectos, en circunstancias y momentos concretos para hacer valer sus ideas e intereses. Por lo anterior, mi propósito es recuperar la participación de los actores analizados examinando la dinámica de elaboración y de decisión en torno de la reforma a la Ley del Seguro Social como parte de una estrategia de reorganización del sector para mejorar el acceso y la cobertura de los servicios de salud a través de la segmentación de la población por nivel de riesgo y capacidad de pago.

Asimismo, en el presente capítulo trabajaré, principalmente, con información resultante de entrevistas, complementada con información proveniente de publicaciones periódicas.

1. NUEVA ETAPA EN EL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD HACIA UN ACCESO EQUITATIVO: EL PLURALISMO ESTRUCTURADO EN LA AGENDA DE LA POLÍTICA DEL GOBIERNO (1994-2000)

1.1. LA SALUD EN LA RECOMPOSICIÓN DEL PODER Y DEL MODELO ECONÓMICO: CONTEXTO QUE INFORMA LA REFORMA

Zedillo, quien fue nombrado candidato tras el asesinato del candidato del PRI por la presidencia de la República, Luis Donaldo Colosio, no fue un candidato de consenso, lo que provocó muchos descontentos en el partido, en especial en sus bases populares-obreras. No obstante, tanto sus propuestas de campaña como las declaraciones públicas y los actos de gobierno realizados en los cien primeros días, indicaron que la política para el sector salud seguiría el mismo camino del período de Salinas y De la Madrid, y se organizaría alrededor de dos pilares: uno para privar de regularidad la actividad del Estado y promover el mercado en el ámbito de la salud y de la seguridad social, y otro para proteger a los grupos sociales empobrecidos como consecuencia de la política macroeconómica de ajuste, imposibilitados para participar en el mercado.

Sin duda alguna, el presidente entrante no estaba en contra de los intereses vinculados con el sector privado que había reivindicado y presentado propuestas concretas de reforma del sector a través de Funsalud y de otros medios, dirigidas a la promoción de un sistema abierto con pluralidad de prestadores dispuestos a vender sus servicios a quienes puedan pagar, donde el Estado regularía y aseguraría la atención subsidiada a los más pobres y el aseguramiento obligatorio. Además, la mayor institución de seguridad social de México había iniciado un proceso de cambio con la creación del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) (Bertranou, 1995) y se estaban haciendo estudios dentro del propio IMSS y en Hacienda en torno a otros modelos de aseguramiento.

No se puede olvidar que el presidente electo, desde su campaña, anunció la urgencia y comprometió en hacer cambios en el sector de seguridad social, en particular en los fondos de pensiones y en salud, ajustándolos a las necesidades de la economía. Principalmente, prometió a los empresarios hacer de la seguridad social un instrumento para controlar el déficit fiscal y generar las condiciones para mejorar la competitividad de las empresas mexicanas, abaratando la mano de obra del sector asegurado. Además, sus colaboradores de campaña, entre los que se encontraba Funsalud, clamaban por la existencia de una política de Estado para el sector como instrumento de garantía de continuidad de los cambios.

La propuesta de reforma del gobierno de Zedillo, la cual pretendía tener un *status* de política de Estado, surgió, de acuerdo con el representante de Funsalud, como resultado del trabajo, durante el período de campaña, de un pequeño grupo en el que se contaban “*De la Fuente, Borrego, Funsalud y CEDESS que se reunieran con Luis Téllez Kuenzler*”,⁹² coordinador de la campaña de Ernesto Zedillo. Dicho grupo no partió de la nada: en el ámbito interno había propuestas de la Secretaría de Salud, del IMSS, de la Comisión de Prospectiva del PRI y de Funsalud, y en el ámbito internacional, la reforma en Chile y Colombia acababa de aprobar la Ley 100 que abría camino a la implantación del modelo Pluralismo Estructurado. Además, el presidente electo fue quien capitaneó la transformación administrativa del área de la Educación promoviendo su descentralización, y compartiendo la visión del Banco Mundial acerca de que la descentralización permitiría un mayor control y eficiencia en el uso de los recursos.

El “pluralismo estructural” expresó las orientaciones del Banco Mundial de sustituir el Estado por el mercado mediante las organizaciones de salud administrada, o como se les conoce en EE.UU.A., HMO (*Health Maintenance Organizations*), que, en el caso de México, recibieron el nombre de Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES). En el modelo colombiano de Salud Administrada son las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), y uno de los instrumentos para su crecimiento fue la posibilidad de reversión de cuotas de las instituciones de seguridad social impulsadas por la Ley 100 de 1993, mientras que en Chile se les conoce como Instituciones de Salud Previsionales (ISAPRES); o sea, empresas aseguradoras provisionales privadas.

El Secretario de Salud que respondería por la política de salud y conduciría la reforma organizacional en dirección al Pluralismo Estructural, no fue ninguno de los idealizadores y promotores del Pluralismo Estructural, ni el Dr. Julio Frenk o el Dr. Sepúlveda –naufragando una vez más los intentos del Dr. Soberón de hacerlos Secretarios de Salud –, a pesar de que habían estado presentes en toda la campaña del presidente electo en estrecha colaboración con su coordinador cuando se elaboró el paquete de propuestas,

⁹² Luis Téllez Kuenzles, doctor en economía en el Massachussets Institute of Techonology, fue Director General de Planeación Hacendaria de la Secretaría de Hacienda de 1987 a 1990, y de 1990 a 1994 fue Subsecretario de Planeación de la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos. Además, fue uno de los autores de la reforma del Artículo 27.

así como en los equipos de discusión de la política de salud. De cualquier modo, el ambicioso Programa de Reforma del Sector Salud, el cual se constituyó en una base propositiva a largo plazo para una nueva reorganización sectorial, reflejaba el proyecto del grupo estructurado alrededor del Dr. Soberón, como veremos más adelante, basado en una propuesta teórica etiquetada como “pluralismo estructurado”.

La política de salud del Dr. Zedillo fue conducida desde la Secretaría de Salud por un médico que no estaba en los cuadros del PRI, y que formaba parte de la más selecta elite médica, miembro de la Academia Nacional de Medicina, el académico de la UNAM, Juan Ramón de la Fuente, psiquiatra y entonces director de la Facultad de Medicina de la UNAM, quien era el médico particular de la primera dama, la cual, según lo que se comentaba, requería de cuidados médicos especiales. La presencia de De la Fuente en el gabinete presidencial sería una garantía para el presidente electo de estabilidad emocional para su familia, al tiempo que podría contribuir a la imagen de un ejercicio político más moderno, basado en el conocimiento especializado y no en la presión de los políticos y de los grupos corporativos.

A su lado, para llevar adelante la política de salud, estaría el Dr. José Narro Robles ocupando la Subsecretaría de Servicios de Salud (médico de la UNAM, ex colaborador del Dr. Soberón, cuadro activo del PRI), quien desempeñaría la tarea de negociar y promover la descentralización como buen conocedor y operador con una larga trayectoria política tanto en el partido oficial como en cargos públicos. Además, se contó con el doctor Manuel Urbina Fuentes en la Dirección General de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, con el ex colaborador del doctor Soberón, Roberto Tapia Conyer, y con Georgina Velázquez Díaz, personajes importantes del sector salud debido a sus trayectoria anterior y por su conocimiento de la maquinaria administrativa y operativa.

Al frente del sindicato de la Secretaría de Salud estuvo Joel Ayala, quien había ocupado ese cargo en el período del Dr. Soberón, completando 20 años de control del sindicato. Si bien la reelección estaba prohibida por los estatutos, con el apoyo de gobernación se apegaron al cambio de nombre de la Secretaría de Salud y alegaron un cambio del nombre del sindicato, con lo que pudieron darle la vuelta a la legislación sindical.

Al igual que en el período de la “Reforma Estructural” propuesta por el Dr. Soberón, la propuesta de una nueva organización sectorial hacia el “Pluralismo Estructurado” se dio en un ambiente de crisis económica, de incertidumbres políticas y desconfianza por parte de diferentes actores acerca del futuro de las instituciones públicas, acompañadas de fuertes debates ideológicos en torno a la desregulación de la economía, y más de una vez la política de reforma estuvo dictada y conectada a la política económica.

La diferencia ahora era que el fortalecimiento del sistema financiero se constituyó en uno de los aspectos medulares de la política económica de ajuste que destinó considerables recursos al apoyo de los bancos, de los ahorradores y de los deudores, empresas y familias, imposibilitados para pagar sus deudas dada la elevación de los intereses y la profunda recesión económica (Labastida Ochoa: 1998: 19-20). Por consiguiente, se impusieron cambios urgentes a la seguridad social y se dio prioridad a la descentralización para mejorar la cobertura de los servicios de salud en el marco del nuevo federalismo descrito por el gobierno como:

Fortalecer las instituciones republicanas y el Estado de Derecho, dar cauce democrático cierto a la vida política local, y fincar nuevos avances en la pluralidad de gobiernos estatales y municipales; fortalecer el papel de los estados y de los municipios en el esquema de distribución de las competencias, los recursos y las responsabilidades, intensificando la coordinación, profundizando la descentralización e impulsando las condiciones para que los órdenes municipales y estatal de gobierno asuman plenamente sus respectivas soberanías, establecer la equidad entre federación, estados y municipios en la distribución de los ingresos fiscales e impulsar la capacidad de los poderes locales para generar mayores ingresos propios, impulsar el desarrollo municipal y mejorar la capacidad de administración, gestión, prestación de servicios y ejecución de proyectos de los distintos órdenes de gobierno.

La crisis financiera provocada en los últimos días del gobierno de Salinas precipitó los tiempos de la acción gubernamental, determinando el calendario y la intensidad de los cambios, imponiendo como prioridad la Reforma a la Ley del Seguro Social por considerar

que tendría un gran impacto en la economía, en la competitividad de las empresas mexicanas, en el mercado de trabajo y en las finanzas del IMSS. Eso explica también la prisa con que se tomó la decisión de la reforma, así como la presencia del área económica en la elaboración del proyecto de reforma. Frenar la crisis financiera pasó a ser la cuestión urgente, en particular para un presidente que lo único que tenía para alardear de sí mismo era su currículo de economista de Yale y un pasado de tecnócrata y de adhesión a la llamada “agenda estructural” (Bertranou, 1995).

Zedillo inició un nuevo período de gobierno del PRI con la promesa de “bienestar para la familia” por medio de un crecimiento económico sostenido, a pesar de que la situación política y económica-financiera eran alarmantes. Durante el primer semestre de 1995 el PIB tuvo una disminución de 5.8% con respecto al mismo lapso de 1994; la tasa de desempleo oficial, que era del 3.2% en diciembre de 1994, llegó a 6.6% en junio de 1995, y el IMSS reportó una pérdida de 824 000 afiliados, según el mismo presidente en su Primer Informe de Gobierno. Para no presionar a la Secretaría de Salud y ni generar descontento social, el IMSS tuvo que ampliar de dos a seis meses la cobertura de servicios de salud para aquellos asegurados que habían perdido sus empleos.

Para entonces, el área de finanzas estaba adquiriendo importancia dentro del mismo IMSS, dirigida por un economista del ITAM formado en Chicago, quien compartía las mismas ideas que Hacienda y consideraba que la reforma a la Ley del IMSS sería un importante instrumento para mejorar la competitividad de la economía mexicana.⁹³ En paralelo, y como parte de la necesidad de los cambios y de buscar el control de los mismos, el entonces Director del IMSS, el Dr. Genaro Borrego, había constituido un grupo de expertos organizado en el Centro de Desarrollo Estratégico de la Seguridad Social (CEDESS),⁹⁴ con el propósito de asesorar el proceso, tanto en términos técnicos como

⁹³ Información de entrevista.

⁹⁴ El CEDESS participó en la elaboración del Diagnóstico del IMSS en el Grupo Actuarial convocado por dicho Instituto para la Evaluación de los Costos de la Transición al Nuevo Sistema de Pensiones (1996), y apoyándolo en negociaciones realizadas en el ámbito de las Reuniones del Comité Evaluador del Ramo de Invalidez y Vida a lo largo de 1996. Después de la Reforma, el centro fue disuelto tras una tentativa fracasada de continuar actuando como instancia independiente y de consultoría del IMSS. De acuerdo con González-Rossetti y Bosset, T. (2000: 39), el equipo del CEDESS “no pudo transformarse de un grupo de investigación a un equipo de cambio”. A pesar de estar relacionado con el director del IMSS, no tenía los vínculos con Hacienda, instancia que coordinaba y decidía la reforma.

políticos, y dar a la reforma un carácter técnico independiente dentro de un contexto de resistencia. Ese Centro fue creado en 1993 con el apoyo del Instituto Mexicano del Seguro Social para desarrollar la investigación y consultoría en el campo de la Seguridad Social con una clara orientación práctica hacia la reforma. Una de sus tareas fue la de asesorar al IMSS en su reforma. El arquitecto Jaime Latapí López fue su primer director, quien también era Director General del *Hospital Management & Equipment* de México, y fue funcionario del IMSS y de INFONATIV entre 1970-1989, período en el que fue Director General de Latapí Clausell y Asoc., S. C. Formaban parte de su equipo investigadores vinculados con el grupo de Soberón.

En resumen, estos son algunos de los elementos de contexto que actuaron sobre la economía política e impulsaron la reforma del sector salud, influyendo en su alcance social frente a los determinantes sociales del acceso.

1.2. PROGRAMA DEL SECTOR SALUD 1995-2000: LA PROPUESTA DE PLURALISMO ESTRUCTURADO COMO ESTRATEGIA PARA REORGANIZAR EL ACCESO Y LA COBERTURA EN BASE A LA EQUIDAD

Una vez más, la búsqueda de una nueva reorganización sectorial implicó conflictos y ajustes en el proyecto inicial y fue puesta en práctica en un contexto en el que se dio prioridad a la estabilidad financiera buscando combinarla con políticas sociales dirigidas a los grupos empobrecidos por la política económica. Nuevamente, el contexto sanitario dramatizado por la pobreza hizo sombra a las posibilidades de universalizar la oferta para satisfacer las necesidades básicas de todas las personas, y ésta siguió recortada, según criterios corporativistas mezclados con el de la pobreza.

Aunque De la Fuente formó parte del gabinete del presidente, -lo que fue la expresión más acabada de la ortodoxia liberal tanto en el ámbito económico como en el social, y que promovió la creación de las Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES) y de las Afores-, dejó ver, en diversos discursos, publicaciones y hechos que, frente al número de pobres en el país que carecían de cobertura de servicios básicos, y frente a la persistencia del rezago social que se expresaba en muertes infantiles y maternas debido a la falta de acceso a los servicios de salud, “el Estado tiene la responsabilidad de convertirse en

el principal y, en ocasiones, el único promotor del desarrollo humano” (1996: 18). Además, reconoció que las instituciones tienen una historia, por lo que no pueden cambiar de la noche a la mañana (entrevista en *Reforma*).

De cualquier forma, el Programa de Reforma del Sector Salud (1995-2000) como parte del Plan Nacional para el Desarrollo, siguió sus lineamientos: la política social debía ser federalista, eficaz, extender su cobertura a 10 millones de mexicanos sin acceso a los servicios de salud a través de programas focalizados como estrategia de combate a la pobreza, al lado de un crecimiento elevado y duradero logrado a través de la promoción del ahorro interno, la disciplina fiscal y una actividad reguladora del Estado que no obstruyera la actividad productiva de los particulares y sin promoverse sobre la base de la confianza a los particulares.

Del mismo modo, el Programa de Reforma del Sector Salud abarcó cambios organizacionales y funcionales con vistas a promover un sistema basado en la competencia regulada de una pluralidad de actores que garantizara el acceso tanto al sector privado como al público mediante el financiamiento público. Es decir, que previó, para el ámbito institucional-organizacional, una política de largo plazo que buscó la reorganización del sistema de salud por funciones, separar la prestación del financiamiento y de la recaudación con base en la creación de un mercado de salud como estrategia para mejorar la calidad y la eficiencia, articulado por medio de una entidad que agrupara distintos proveedores de servicios de salud y que negociara directamente con la ISES, al estilo de las HMO. El aseguramiento público o privado, instrumento de garantía del acceso que permite la cofinanciación de los propios beneficios, fue la base del financiamiento de ese sistema que buscaba el aseguramiento de todos de acuerdo con su capacidad de pago combinada con un financiamiento subsidiado para los más pobres.

A corto plazo, las principales propuestas para el sexenio fueron:

EN EL ÁMBITO DE LA SEGURIDAD SOCIAL:

♣ Proponer la libre elección de los médicos de familia por los usuarios en el ámbito urbano, donde hay suficiente oferta de prestadores de salud, definido como un sistema de recompensa para incrementar la calidad en un marco de generación de mercado mediante la reversión de cuotas: a través de ese expediente se esperaba dar respuesta al problema de

ineficiencia, baja calidad de la atención y altos costos que las instituciones de seguridad social enfrentaban, y, al mismo tiempo, incorporar el sector privado como parte del sector salud. Dichos cambios fueron previstos en la Reforma a la Ley del IMSS, pero fueron vetados por el sindicato, el cual logró tener el apoyo de la cámara baja sin pasar por el Congreso.

- ♣ Modificar los esquemas de afiliación a la seguridad social y de administración de los Fondos de pensiones para expandir el empleo formal, mejorar las finanzas del IMSS y ampliar la cobertura de la seguridad social a través de la reducción de la participación de los patrones y de los trabajadores para abaratar el precio del seguro, y una mayor participación del gobierno en el financiamiento del ramo de salud de la seguridad social y de la creación de una nueva modalidad de seguro para la población del mercado informal: el seguro para la familia.

EN EL ÁMBITO DE LA SECRETARÍA DE SALUD:

- ♣ Descentralizar y concluir la descentralización para permitir un “mayor ámbito de acción y de autodeterminación de los Estados”, entendiendo que se definiría en el ámbito federal como instancia normativa y coordinadora de un conjunto de acciones de salud, consideradas como esenciales para el ejercicio de los recursos presupuestales por parte de los estados, lo que se constituye en un irreductible al que los estados deben comprometerse como parte de los objetivos de la política nacional de salud.

- ♣ Promover la participación de grupos de personas, organismos no gubernamentales e instituciones de salud de diversas índoles en el ámbito municipal como un “elemento fundamental en el mantenimiento de la salud colectiva”.

- ♣ Introducir un paquete básico a ser puesto en práctica en los centros y casas de salud en las comunidades rurales y urbanas pobres como instrumento de mejoría del acceso y de la equidad. El paquete se basaba en las necesidades prioritarias para aquellos mexicanos con nulo o limitado acceso a los servicios de salud. Las intervenciones que formaron parte del paquete eran sencillas de instrumentalizar, de bajo costo y alto impacto sobre las principales causas de muerte y enfermedad de los grupos marginados.

Cabe señalar que, a punto de concluir el sexenio en diciembre de 1999, Juan Ramón de la Fuente fue sustituido por un abogado conocido por su trayectoria y militancia política

en el PRI, el Lic. José Antonio Fernández González, lapso en el que se promulgaron normas importantes en relación con el uso de medicamentos y la regularización del mercado de servicios médicos. De forma que, en los últimos días del zedillismo, bajo la presión de Funsalud, de las aseguradoras y debido a quiebras de varias de estas entidades durante la segunda mitad de la década de los noventa, el Congreso de la Unión aprobó reformas a la Ley General de Instituciones de Seguro y Finanzas que permitieron la creación de las Instituciones de Servicios Especializados en Salud (ISES) para administrar los seguros integrales de salud, abriendo la posibilidad de una mayor participación de los seguros privados en la asunción del riesgo financiero de los gastos de salud. A partir de entonces, las ISES como proveedoras –cuyo papel era articular a los prestadores de servicios con los consumidores, y las cuales venían actuando sin un marco regulador que protegiera a los consumidores, sin definir estándares de calidad y de seguridad–, estaban obligadas por ley a establecer jurídicamente de forma separada los seguros de “accidentes personales” de los “gastos médicos mayores”.

Es decir que, en la administración del presidente Ernesto Zedillo, conforme quedó expresado en un estudio de INCAE (s/f: 17), “se impulsó la creación del sistema de Salud Administrada en México, cuyo desarrollo estará a cargo de entidades del sector privado (ISES) que atiendan principalmente el segmento de seguros integrales de salud y adicionalmente el ramo de los gastos mayores”.

1.3. LA PRIORIZACIÓN DE LA REFORMA EN EL IMSS Y DEL CRECIMIENTO ECONÓMICO: CORRIENDO CONTRA EL TIEMPO Y APOSTANDO A LOS ARREGLOS CORPORATIVOS

La propuesta de reforma del sector salud del gobierno zedillista, dirigida al ajuste de las instituciones públicas de salud a partir de las necesidades en salud definidas por el sector, requería de intervenciones tanto en el ámbito de la Secretaría de Salud como en el de las instituciones de seguridad social para poder revertir la tendencia hasta entonces dominante centrada en la demanda y permitir una expansión del aseguramiento público o privado.

Presionado por la crisis económica, el gobierno de Zedillo dio prioridad a la reforma a la Ley del Seguro Social, en particular al régimen de pensiones por considerar que tendría un gran impacto en la economía, en la competitividad de las empresas mexicanas, en el

mercado de trabajo y en las finanzas del IMSS. Por supuesto, esperó como resultado final la ampliación del acceso a las instituciones de seguridad social tanto para los trabajadores formales, con la mejoría de la economía, como para otros sectores a partir de nuevos esquemas de aseguramiento ajustados a paquetes de cobertura y no a una demanda abierta.

Para ese entonces, el número de asegurados del IMSS estaba cayendo debido la crisis. En 1995 tenía el mismo número de asegurados que en 1990 (Martínez, G., 2006: 61, 65). La diferencia era que en 1990 representaba 40.2% de la PEA y en 1995 el 30.7%. La crisis devaluatoria de diciembre de 1994 afectó las finanzas del IMSS con la pérdida de casi 2 millones de cotizantes como consecuencia del cierre de gran número de micro y medianas empresas. Para frenar la descapitalización que venía sufriendo el IMSS desde 1993, la cotización representó el 12.5% del salario, con un tope máximo a declarar de 25 salarios mínimos.

La gestación de la reforma en el IMSS inició en marzo de 1995 con la presentación de un Diagnóstico de sus ramos de aseguramiento, de su financiamiento y de su administración. Ese Diagnóstico fue presentado al presidente como un documento representativo de la alianza entre los tres sectores que respondían por la gestión del IMSS, por medio del cual expresaban públicamente la necesidad de hacer frente a la crisis financiera de éste. Dicho documento se difundió en la prensa escrita y hablada, y también se dirigió al Congreso.

El documento en cuestión, que empezó a ser elaborado en 1993 con la participación de la Comisión Técnica Tripartita del IMSS y del CEDESS bajo el mando del presidente del IMSS, el Lic. Genaro Borrego, y constó de un estudio sobre las fortalezas, debilidades y riesgos que enfrentaría el IMSS como institución garante del bienestar en el caso de que no se promoviera una reforma. La participación de la Comisión Técnica Tripartita permitió, en su elaboración, que se presentara como un documento técnico del propio Instituto en el que se buscaba hacer una radiografía realista de la situación financiera del IMSS como un resultado de la preocupación y del entendimiento entre sindicato, empresarios y la dirección del Instituto. Con el documento, la dirección pensaba garantizar la legitimidad de reforma a la Ley por un lado, y mantener el control del proceso, por el otro.

Una vez que las autoridades del IMSS asumieron públicamente sus problemas financieros, la etapa siguiente, de marzo a agosto, fue de elaboración de propuestas; se trabajó haciendo cálculos con el apoyo del CEDESS. En agosto, esas propuestas pasaron a ser discutidas por las comisiones tripartitas por ramos de seguros con el fin de que hubiera un acuerdo en el proyecto final, único del IMSS, para ser presentado primero a Hacienda y al presidente, quienes tenían sus propias propuestas, para luego ser enviado al Congreso de la Unión de parte del presidente.⁹⁵

La propuesta que salió de las discusiones de las comisiones internas del IMSS, no necesariamente como resultado del consenso, fue enviada a Hacienda y al Presidente el 1ero de noviembre como parte de la Alianza para la Modernización y el Fortalecimiento del IMSS establecida entre el sector obrero y empresarial. Una vez en la Presidencia, la propuesta del IMSS, después de algunos cambios y ajustes, sirvió de base para la iniciativa de ley que el ejecutivo dio a conocer al enviarla al Congreso de la Unión el día 10 de noviembre para ser votada en diciembre (un mes después de haberla hecho pública) por la Cámara de Diputados.

La campaña de gobierno, con el apoyo de los empresarios y por medio de sus organizaciones Coparmex y el Consejo Coordinador Empresarial, buscó la rápida aprobación de la propuesta de reforma. La estrategia empleada no estuvo encaminada a convencer mediante el diálogo, sino a imponer la propuesta con base en un supuesto consenso que no existía. “Sacar adelante la enmienda” fue la consigna de Santiago Oñate, presidente del PRI, en respuesta a la presión de la presidencia. Esto, porque a medida que se aproximaba la fecha de la votación, líderes importantes del PRI hicieron un llamado para aceptar aportaciones, eliminar riesgos como la administración privada de los fondos y pidiendo más tiempo para resolver ese asunto, como fue el caso de la maestra Elba Esther Gordillo (*La Jornada*, 27 de noviembre de 1995). La proposición del PRD, con el apoyo del PAN, de aplazar la votación para el año siguiente de manera que la sociedad pudiera enterarse y discutir la propuesta no fue escuchada, y el día 7 fue discutida y votada en la Cámara de Diputados.

⁹⁵ Información de entrevista con funcionario del IMSS.

Los días precedentes fueron de negociaciones, de marchas y plantones convocados por el Frente Nacional de la Seguridad Social con el apoyo de 13 sindicatos a las peticiones del sindicato del Seguro Social, organizaciones sociales, partidos y diversas organizaciones integrantes del Congreso del Trabajo (*La Jornada*, 28 de noviembre, 5 y 7 de diciembre de 1995). Hubo marchas al Zócalo y al Congreso de la Unión (la del día 1ero de diciembre fue gigantesca), actos culturales y artísticos frente a las oficinas centrales del IMSS y un plantón permanente en la Cámara de Diputados, incitado por el sindicato de los trabajadores del IMSS, aunque este último acto ya no siguió siendo convocado por el sindicato en los días próximos a la votación puesto que se iniciaron las negociaciones de modificaciones de las propuestas que más afectaban a los trabajadores del IMSS para llegar a un acuerdo entre la CTM y la base obrera parlamentaria del PRI.

En consecuencia, las manifestaciones y plantones organizados por el Sindicato del Seguro Social fueron disminuyendo a medida que se iban negociando las modificaciones que más les afectaban como trabajadores. De acuerdo con una entrevista a un miembro de la CTM, Don Fidel Velázquez impuso al Sindicato del IMSS sus condiciones para negociar las peticiones: dejó en claro que las negociaciones se harían cuando pararan las manifestaciones. Una vez garantizados sus beneficios, el CEN del Sindicato del Seguro Social hizo circular un volante en el que se manifestaba que se había dado marcha atrás a las modificaciones perjudiciales de la iniciativa (*La Jornada*, 9 de diciembre de 1995), lo que favoreció la desmovilización.

Las condiciones para el acuerdo estaban dadas: tras una reunión con los dirigentes nacionales del PRI y con el líder de la Cámara de Diputados, la dirigencia del sindicato del Seguro junto con la de los telefonistas lograron que la dirigencia priísta se comprometiera a modificar el proyecto en lo que se refería a la reversión o devolución de cuotas a las empresas por considerarla como un instrumento privatizador, así como la modificación de más de 60 artículos que representaban pérdida de derechos para los trabajadores del IMSS, y que todas las cuentas de jubilaciones y pensiones fueran depositadas en el IMSS (*La Jornada*, 7 de diciembre de 1995). También se negociaron candados para impedir la especulación con los fondos de pensiones (*La Jornada*, 28 de noviembre 1995).

La reforma fue aprobada después de cuatro horas y media de debate en comisiones con el voto del PRI, el 8 de diciembre de 1995, sin lograr un consenso social y político favorable. Quedó previsto que la nueva Ley entraría en vigor el 1ero de enero de 1997, y que el año 1996 sería de regulación de la Ley en cuanto a la operación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. La lucha del PRD no se detuvo y culminó con la elección de Cárdenas para el gobierno del Distrito Federal. Su victoria no estuvo desvinculada de la posición del PRD frente a la reforma a la Ley de la Seguridad Social.

Entre esas propuesta estaba la creación de un nuevo sistema de pensiones basado en cuentas individuales con aportaciones tripartitas manejadas por las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores) públicas, privadas o sociales, las que el trabajador podría seleccionar, y reguladas y fiscalizadas por el Estado, y con las cuales se esperaba mejorar el ahorro interno y el valor de las pensiones, pues en 1995 más del 90% de 1.5 millones de jubilados y pensionados del IMSS solamente había recibido la cuantía mínima. El valor de la jubilación dependería del tiempo, del monto cotizado por aportaciones adicionales y de las ganancias obtenidas mediante el manejo financiero de las Afores, y los trabajadores tendrían acceso al monto de su cuenta acumulada en cualquier momento. También afectarían el valor del rendimiento las comisiones cobradas por las Afores para administrar los fondos de los trabajadores.

El trabajador podría optar por el antiguo sistema o entrar en el nuevo. Para acceder a él, los trabajadores tendrían que ampliar las semanas de cotización de 150 a 250 en un contexto de crecimiento del mercado informal. Para los trabajadores que no lograran cotizar el número definido como necesario, el Estado garantizaría una pensión mínima.

La nueva legislación conservó la estructura tripartita, separando las prestaciones en dinero de las prestaciones en especie; se modificó la composición de las cuotas relativas a esta última en la búsqueda por lograr su autosuficiencia. Se modificó el monto de contribuciones de trabajadores, patrones y gobierno, cambiándose por una cuota fija gubernamental, una fija patronal y una contribución adicional obrero-patronal proporcional al salario.

Se propuso la creación de un seguro de invalidez y vida y de un nuevo sistema de riesgos de trabajo que tenía como propósito premiar a las empresas que invertían en

recursos para disminuir riesgos de trabajo y que buscaban la competitividad y la productividad.

Asimismo, se separó el financiamiento del seguro de enfermedades y maternidades de los otros seguros para que sus costos no estuvieran subsidiados por los otros ramos. También se propuso modificar el ramo de enfermedades y maternidades para ampliar el acceso a través de un nuevo sistema de aportaciones, basado en una cuota fija patronal para cada trabajador menor en aproximadamente una tercera parte con relación a la ley anterior, con el propósito de disminuir el valor de la mano de obra, para fomentar el empleo y hacer a las empresas mexicanas más competitivas. Cuando se redujo la aportación, se buscó también la forma de incorporar a quienes trabajaban por cuenta propia o en la economía informal. Otra estrategia pensada para mejorar el acceso fue proponer la creación de un seguro para la familia por medio de una cuota fija para disfrutar de los servicios de atención a la salud del Seguro Social. En esta modalidad se aplicaron restricciones por preexistencias y se establecieron tiempos de espera para cubrir algunos procedimientos.

2. INTERPRETACIÓN Y ACCIÓN DE LOS ACTORES PARA HACER VALER SUS PROYECTOS: LA REFORMA DE POCOS CONSENSOS

2.1. LOS SALUBRISTAS DE IZQUIERDA

A) Desconfianza y pesimismo ante los alcances sociales de la reforma

Es importante señalar que en ese debate las voces que mejor se hicieron escuchar en contra de la Reforma a la Ley del IMSS fueron las de los salubristas de izquierda articulados al PRD y la corporativa de los sindicatos, en especial, la del sindicato del IMSS, uno de los sectores más amenazados en sus beneficios por la reforma una vez que la CTM apoyó la propuesta de reforma actuando como aliada y tomando una posición en contra del contrato colectivo de los trabajadores del IMSS, que les garantiza un conjunto de beneficios que los asegurados del IMSS no gozaban.

El mismo contexto de desarticulación a ultranza de las políticas sociales actuó como un *input* entre la izquierda salubrista en el PRD, más volcada hacia la lucha por el socialismo, al tomar para sí la tarea de defensa de la universalización de la ciudadanía como una utopía. Esta reconfiguración de la utopía fue de la mano con un nuevo proyecto de

poder vinculado a la vía político-electoral que, en cierta medida, se respaldó en un proyecto de Estado popular, basado en la defensa de los intereses colectivos. El salubrismo de izquierda, privado hasta entonces de cualquier parcela significativa de poder real, tenía la esperanza de influir en las decisiones a través del PRD.

Coherentes con ese planteamiento, fue en ocasión de la Reforma a la Ley del Seguro Social, en 1995, cuando la lucha de los salubristas perredistas cobró un carácter más de confrontación y de defensa que trascendía la denuncia. Preservar la seguridad social fue una prioridad que orientaba sus alianzas: significó la protección del núcleo definidor del Estado de bienestar social mexicano a través del cual se concretaba la solidaridad, condición para la universalidad del derecho a la cobertura médica que no existía en la Secretaría de Salud dado su carácter asistencial-complementario.

Vale la pena recordar que los salubristas de izquierda, desde el gobierno de Salinas, ya venían denunciando la tendencia hacia la privatización selectiva de la política social en vigor, argumentando que los programas de combate a la pobreza no representaban nada si uno comparaba la magnitud de la pobreza en México (50% de la población vivía en pobreza) y cuánto del PIB fue dedicado al Programa Nacional de Solidaridad (0.69%) (Laurrel, 1996a). Además, predicaban que la política puesta en práctica por los gobiernos neoliberales fue la de dejar estrangular, por inactividad, a la seguridad social, lo que llevaba a un deterioro de los servicios y a un desprestigio de sus trabajadores ante la sociedad para crear las condiciones políticas propicias para la reforma (Laurrell, 1996b: 301).

Del mismo modo, el ex director del IMSS argumentaba que la propuesta de ahorro individual había empezado a ser discutida ya en el gobierno de Salinas, y señaló que también se discutía la modificación del sistema solidario intergeneracional como una salida distinta para resolver los problemas de las pensiones, y afirmó, en una entrevista, que en ese momento, cuando todavía era director del IMSS, su posición fue de confrontación. Remitiendo a ese hecho, comentó que un año después de su renuncia salió el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR). En sus palabras:

Mire, [...] yo no coincidía, hubo grandes confrontaciones durante todo el año, sobre valores de salario, sobre manejo presupuestal, y sobre el inicio de sistemas de

ahorro individual, esta discusión la tuve permanentemente con el hoy Presidente de la República, con el Dr. Aspe, con el Lic. Mancera. (Entrevista n°7)

Esa misma lectura fue la de un funcionario del IMSS. Para él, el SAR no dio respuesta al problema ya percibido de déficit del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, y *“abonó el terreno para la introducción de lo que se propone ahora”*. (Entrevista n° 7)

Asimismo, de acuerdo con la perspectiva del ex director del IMSS, en el inicio del gobierno de Zedillo no se hizo nada para enfrentar el aumento de la presión sobre las finanzas del Instituto. Refiriéndose a esto, vinculó la propuesta de Reforma para el sector salud del gobierno de Zedillo con la privatización de los servicios médicos, y consideró que el plan esbozado desde el periodo de Salinas de Gortari fue el de estrangular, por inactividad, *“el sistema de salud pública más desarrollado de América”*. (Entrevista n° 7)

Además, señaló la reforma como una estrategia de largo alcance que iba en contra de una concepción de política social que pretendía actuar sobre la desigualdad social, por una que apostaba al desarrollo económico como condición necesaria para lograr dinamismo en la economía y mejorar la equidad a través de la garantía del empleo. Así lo explicó: *“un sistema integrado, público, solidario o bien avanzar hacia la descapitalización, privatización, introducción de paquetes básicos que no ofrecen atención hospitalaria plena a los pobres e individualiza las responsabilidades”*. (Entrevista n° 7)

De modo que la propuesta de reforma a la seguridad social fue considerada por los salubristas perredistas como la expresión de la ruptura del contrato social que dio vida a la dimensión social del Estado mexicano y que ha permitido una concertación entre empresarios y obreros basada en el reconocimiento de la necesidad de proteger al trabajador de los riesgos e infortunios de la vida. En consecuencia, ellos argumentaron que en el ámbito de la reforma del IMSS no fue posible establecer *“bases de comunicación necesaria para la concertación”*. Eso porque ésta fue percibida como *“una propuesta de reforma en el ámbito mundial, del mundo financiero para el mundo financiero elaborada por financieros con muy poca participación del seguro social”*. (Entrevista n° 7)

B) La crítica al Diagnóstico y las movilizaciones de resistencia

De suerte que los opositores a la reforma organizados en el PRD desde el inicio de la presentación del Diagnóstico tuvieron claro que la estrategia política de conducción de la reforma del gobierno no estaba basada en la promoción de un debate amplio y democrático que permitiera una extensa participación de la sociedad como co-responsable de las decisiones, ni tampoco en promover un nuevo pacto social. Para ellos, era clara la existencia de una agenda oculta y poco transparente, y que la reforma en cuestión estaba de acuerdo con los intereses del sector privado y estaba más preocupada por fortalecer el sistema financiero –entregándole el control de los fondos de pensiones– que por el futuro de la misma seguridad social. Esa percepción se encontraba también entre muchos funcionarios del IMSS que estuvieron involucrados en la elaboración del proyecto de reforma de éste.

Por consiguiente, cuando surgió el Diagnóstico del IMSS en 1995, en el que se anunciaba la “nueva era del IMSS”, la posición del PRD fue de crítica, pero sin dejar de valorarlo. Lo consideró como un detonador del debate sobre la reforma de la seguridad social, “pospuesta en varias ocasiones por la resistencia que ha provocado en amplios sectores de la sociedad, porque implica una postura sobre la seguridad social que contiene una propuesta de cambio” que debía ser discutida por la sociedad (Laurell, 1996: 33). Es decir, se trató como una propuesta política que tenía una base técnica y, como tal, tenía que dejar en claro a qué intereses estaba representando y quiénes iban a salir ganando y quiénes perdiendo. No cabe duda de que para el PRD la lucha por la defensa de la seguridad social era ideológica-política.

La Dra. Laurell lo calificó, irónicamente, de “autodiagnóstico”, y advirtió sobre la existencia de una agenda oculta definida en función de los intereses financieros que orientaban el diagnóstico: “él énfasis en algunos problemas y la omisión de otros junto a las explicaciones presentadas, prefiguran las propuestas de solución”. Por ello, desconfió de sus argumentaciones, señalando medias verdades y manipulación de la información, “mezclando problemas reales con otros no demostrados” y recurriendo a “explicaciones, a veces, francamente grotescas” (Laurell, 1996: 32-33, 38).⁹⁶

⁹⁶ El artículo “El autodiagnóstico del IMSS: en el pecado lleva la penitencia”, fue originalmente publicado en julio-agosto de 1995 en la revista *Trabajo y Democracia Hoy*, nº 26.

La crítica no fue sólo de naturaleza político-ideológica. El diagnóstico fue atacado en sus bases técnicas, fue considerado como equivocado y mal hecho y en particular, porque no articulaba el déficit de la seguridad social a la caída del valor real de los salarios y la disminución del empleo. Para el ex director del IMSS, la seguridad social era deficitaria, al igual que cualquier sector de la economía, debido a la situación de inflación y de crisis, y lo que más necesitaba eran más recursos. Así se expresó en entrevista:

Al inicio de esta administración se hace el diagnóstico y en el diagnóstico se declara deficitario independientemente que está mal y en el diagnóstico se declaran deficitarios independientemente de que está, además, mal hecho, porque no tomaron el costo del uso de las instalaciones, pero vaya, aceptando que no haya pago de rentas, se declaran deficitarias, y viene un año en el cual pierden 10% de los asegurados, se pierden ocho mil empleos, la inflación está muy por encima de la recuperación de los salarios, tienen una demanda adicional de los servicios en razón de la pérdida de los ingresos de las familias, después se acelera el régimen de jubilaciones entre todos los empresarios para disminuir sus cargas de nómina y la pérdida de liquidez que sufre la seguridad social es exactamente igual para los que venden coches, para los bancos, para las tarjetas de crédito. El seguro social frente a todo este conjunto de factores y siendo deficitario, no tomó una sola medida de emergencia para poder estatuir el nivel de ingreso, y no se va resolver con la reforma a la Ley. (Entrevista n° 7)

Para respaldar la crítica técnica al diagnóstico y del mal manejo de la argumentación, la Dra. Laurell discute el uso de la cuestión de las transiciones (epidemiológica y demográfica) y del entorno económico como argumentos causantes de la crisis, sin distinguirlos y jerarquizarlos. Reconoce que éstos eran temas centrales del debate, sin embargo, anota “que no hay consenso respecto a su significado y mucho menos sobre sus implicaciones para la política social”. Su argumentación apuntará en dirección contraria, resaltando el fenómeno del “baby boon” y centrando el problema financiero del IMSS en la falta de empleo y en el estancamiento de la incorporación de trabajadores al IMSS debido a las políticas neoliberales. De ahí su primer desacuerdo con el Diagnóstico:

“el modelo económico neoliberal está inviabilizando al Instituto por su poca capacidad de generar empleo formal [...]” (Laurell, *op. cit.*: 33-35).

También se opuso a otro argumento central del Diagnóstico para justificar la reforma y que se refería al precio de la mano de obra y sus vínculos con la baja competitividad de las empresas mexicanas. En su análisis, alegó que los propios datos que indicaba el Diagnóstico falseaban el argumento. Su análisis se fundamentó en que los salarios en México son bajos en comparación con los de diversos países, lo mismo el gasto en seguridad social. Para la Dra. Laurell, la razón del desfinanciamiento de la seguridad social estaba en la depresión y en los bajos salarios, base de financiamiento de la seguridad social que, a su vez, fue presentada como una consecuencia de la política neoliberal.

En resumen, en su razonamiento concluyó que los trabajadores y el mismo IMSS eran las víctimas de la política neoliberal, y sin embargo, eran tratados como los culpables del desfinanciamiento. Además, observó que las soluciones propuestas, en lugar de enfrentar el problema existente, penalizaban a los trabajadores y desvirtuaban el sentido de la institución, privatizando e incrementando la desigualdad en la atención.

Otra voz disonante en contra del Diagnóstico fue la del Sindicato de los Trabajadores del Seguro Social, la cual dejó ver el conflicto existente dentro del sindicalismo priísta, en particular con la CTM, partidaria de los experimentos de adaptación del IMSS al nuevo entorno económico como una salida para generar empleos futuros. El Sindicato hizo públicas sus críticas al Diagnóstico a través de desplegados publicados en la prensa, y mantuvo su posición crítica y de apertura hacia el PRD hasta el momento de la votación, cuando se cerró el acuerdo con la CTM.

En el primer desplegado del sindicato (publicado en *La Jornada* el día 2 de mayo de 1995), se reclamó la falta de precisión del Diagnóstico para orientar soluciones. Éste fue presentado como un instrumento que:

Busca eludir la responsabilidad de plantear acciones para que cuando éstas se tomen, poder decir que obedecen al resultado de opiniones y propuestas de sectores participantes de la sociedad, expresadas en foros previamente preparados, sin considerar que la Dirección del Instituto, representante directa y nombrada por el Gobierno, tiene la obligación de normar la acción y programar

la estrategia para el buen desempeño de la mayor institución de Seguridad Social del país.

Además, el Sindicato defendió su contrato colectivo, criticó las omisiones y llamó a sus integrantes a unirse para defender la fuente de trabajo, sus prestaciones y a los trabajadores derechohabientes, *“para que no se dejen engañar con el señuelo de mejoría aparente, que se traducirá en el futuro en pérdida de una de sus mayores conquistas”*.

En el segundo desplegado del Sindicato, de forma coincidente con el PRD, se señaló el carácter parcial, sesgado y tendencioso de la información del Diagnóstico al buscar culpar a los trabajadores, junto con el contrato colectivo, y a la Organización Sindical que los representaba por los problemas del IMSS (*La Jornada*, 31 de mayo de 1995, 40-41). Su defensa se estableció con la denuncia de “las malas, inoportunas y aun timoratas decisiones financieras, a las que los trabajadores sindicalizados del IMSS somos completamente ajenos”. Asimismo, señalaron “las circunstancias externas no imputables a nosotros”, y citaron las repetidas crisis económicas, las devaluaciones, el encarecimiento de los insumos para la salud, la disminución del poder adquisitivo de los salarios de los trabajadores y las precarias condiciones del empleo.

Sus críticas no pararon ahí. Se opusieron a la propuesta del Diagnóstico de no aumentar las cuotas, alegando que, aunque “se centra en los problemas financieros [...] cancela la única vía de ingresos posibles [...] al decir que éstas llegaron a un tope que no se debe rebasar, y se intenta que quien lo conozca llegue a la conclusión de que son sus trabajadores, el Contrato Colectivo de Trabajo y su organización sindical los culpables de su crisis financiera”. Y también denunciaron que había una intención de proteger a uno de los sectores que constituyen la seguridad social, el patronal. Además se declararon en contra de las soluciones presentadas para los problemas administrativos. Argumentaron que la solución al problema del abasto oportuno no era la privatización, y para refutarlo presentaron una propuesta de diseño de un sistema de automatización de procedimientos, denunciando que “la contratación de transporte para el movimiento de material, equipo y medicamento es no sólo fuente importante de corrupción, sino generadora de mayor gasto”,

y para dar más sustentación a su argumentación aclararon: “el Instituto tiene vehículos parados que nunca reparó y personal subutilizado por falta de vehículos”.

Defendieron las prestaciones sociales (centros de recreación, velatorios, teatros), con el argumento de que “uno de los mecanismos más importantes para la prevención de situaciones de enfermedades está precisamente en las actividades de ese sector”, y valoraron su importancia para el bienestar de la familia de los trabajadores, definiéndolas como actividades que no fueron “planeadas como un negocio para tener utilidades y que puede cancelarse si no las tiene”.

Los miembros del Sindicato llamaron la atención sobre las omisiones del Diagnóstico, en particular sobre el Programa IMSS-Solidaridad y sus impactos sociales, así como del Seguro de Enfermedad y Maternidad y el de Invalidez, Vejez y Cesantía en Edad Avanzada y Muerte. En relación con esos dos seguros señalaron que el Diagnóstico sólo se preocupaba por ver el déficit, omitiendo la dimensión social de los mismos, como por ejemplo, la posibilidad de que un trabajador víctima del desempleo y su familia continuaran gozando de la asistencia médica del IMSS por más de cuatro meses.

Por supuesto, refutaron las críticas al Contrato Colectivo y clamaron por una solución a la cuestión del déficit financiera que partiera del principio de que el IMSS es un instrumento de justicia social, así como un recurso que mejorara la calidad y la productividad de los servicios prestados, y que por lo tanto, propone que debería lograr un refinanciamiento a través del incremento de la aportación del Estado, mejorar la administración y escuchar la voz de los trabajadores para construir las soluciones.

El debate opositor del Sindicato de los Trabajadores del IMSS al Diagnóstico no se detuvo ahí y ni limitó a desplegados. El sindicato del Seguro Social, históricamente vinculado con el PRI y consciente del poder de presión de sus 350 000 afiliados frente a los diputados y senadores, apoyando más al PRD pero sin dar la espalda al PRI y sus redes corporativas, propuso a las Comisiones de Seguridad Social del Senado de la República y a las de Seguridad Social, Salud y Trabajo y Previsión Social de la Cámara, la organización del Foro Beneficios, Costos y Financiamiento de la Seguridad Social. Éste tuvo lugar entre los días 27 y 28 de julio, y contó con la asistencia de más de 500 representantes de organizaciones sindicales, patronales y civiles, y todos tuvieron oportunidad de presentar

sus propuestas. Dicho evento dejó ver el descontento de los sindicatos con la política neoliberal y la persistencia de la alianza entre COPARMEX, el Congreso del Trabajo, la CTM y el gobierno, y la oposición a la reforma de grupos de dentro del gobierno y de fuera.

Si bien en dicho Foro el PRD tuvo una participación activa y muy importante en contra de la reforma del IMSS, actuando junto con el Sindicato del Seguro Social en la defensa del IMSS, el Congreso del Trabajo, por su lado, dejó ver su alianza con el sector empresarial. Tanto la Dra. Asa Cristina Laurell como el Lic. Ricardo García Sáinz estuvieron en la mesa directiva de inauguración, y el último pronunció la Conferencia Magistral de inauguración del evento dejando bien claro la alianza del sindicato del IMSS con los perredistas. También estuvieron presentes los siguientes integrantes del PRD: el diputado Amado Cruz Malpica, la investigadora Oliva López Arellano, Jesús Nequiz González, quien estaba vinculado con una organización social, el abogado Oscar Alzada, de la Alianza Nacional de Abogados Democráticos, las diputadas María Rosa Márquez Cabrera y Adriana Luna Parra, y sindicalistas simpatizantes (Congreso de la Unión, 1995).

Durante el evento, el Lic. García Sáinz hizo un extenso análisis de la evolución del IMSS llamando la atención sobre los vínculos entre la Seguridad Social y el proyecto de justicia social de la Revolución Mexicana, poniendo énfasis en las ideas rectoras de su desarrollo (solidario, público, el gradualismo de su expansión, sumado con flexibilidad para adaptarse a la realidad, su papel en la protección del salario de los trabajadores, un instrumento de estabilidad social y de desarrollo económico), y condenando la opción neoliberal que *“considera que el bienestar social pertenece al sector privado y que la función del Estado debe darse en aquellos casos en que los servicios no sean rentables o en los de pobreza extrema a través de la asistencia social condicionada, controlada y discrecional”*. Asimismo, discutió la privatización y la descentralización y sus alcances para la seguridad social, subrayó que no se debían privatizar las actividades fundamentales del país y realizó un análisis detallado de las distintas ramas de seguro y de la evolución del gasto social y sus vínculos con la política económica. García Sáinz señaló los tiempos difíciles que se enfrentaban debido a los efectos de la crisis económica, política y social que atravesaba el país, la cual había provocado un deterioro en los servicios. Pero reconoció que: *“La seguridad social fue creada, ideada, construida y desarrollada, para estar vigente por todo*

el tiempo que podamos prever los seres humanos". Y pidió lo siguiente: *"no confundamos tropiezos momentáneos tan fáciles de diagnosticar como los actuales, con la solidez y permanencia de una institución que ha sido vigente y eficaz por más de 50 años y que está concebida para fortalecer el desarrollo nacional durante la próxima centuria"*.

Asimismo, demandó: *"[...] dotar al IMSS de capacidad financiera adicional para poder hacer frente al cumplimiento de las obligaciones establecidas por la ley"* (Congreso de la Unión, 1995: 21).

A su vez, la Dra. Laurell participó en una mesa redonda al lado del Secretario General del IMSS, y en su ponencia de carácter conceptual-académico sin dejar de ser también político-ideológico. En primer lugar, caracterizó el debate sobre la seguridad social como de *"confrontación entre distintas concepciones de cómo alcanzar bienestar"*, hizo hincapié en la naturaleza política de los modelos de protección social y argumentó que las *"dificultades actuales del (IMSS) obedecen al modelo económico y no a algún defecto intrínseco de la naturaleza pública y solidaria del IMSS"*. En seguida, hizo una crítica al modelo selectivo y llamó la atención sobre el uso ideológico que los reformadores estaban haciendo con relación a las propuestas de mercado llamando la atención para los riesgos sociales que podría implicar su puesta en marcha, dado que *"no hay pruebas empíricas concluyentes para demostrar que el modelo mercantilista y los sistemas privados son más baratos, eficientes o prestan mejores servicios"*. En esa ocasión más que llamar la atención para las discrepancias técnicas, la Dra. Laurell centró en las de naturaleza estructural.

El Secretario General del Sindicato del IMSS felicitó al Dr. García Sainz por su análisis objetivo, se declaró en contra de la Dirección del IMSS y de las Cámaras Industriales que sólo los atacaban, y consideró que el Diagnóstico fue *"unilateralmente realizado"*. Asimismo, reconoció que el IMSS necesitaba de grandes modificaciones, y atacó las políticas del país sobre la misma línea de argumentación utilizada por la Dra. Laurell en contra del Diagnóstico. Sobre esto, declaró que la política neoliberal *"nos ha llevado a todos, el resto de los mexicanos, a sufrir consecuencias que sin querer tenemos que pagar"*, y afirmó que el problema del IMSS se podía resolver con el aumento del salario de los trabajadores, dando a notar que se le estaba echando *"el ojo a los fondos de las pensiones del Seguro Social para promover el crecimiento industrial del país"*.

Por otra parte, mediante el ejercicio de una medida de fuerza a través del voto en las elecciones, hizo un llamado a las Cámaras de Senadores y de Diputados, convocándolos a que, en diciembre, cuando empezaran sus funciones ordinarias y recibieran las iniciativas de reforma, tomaran en cuenta que el SNTSS era el más grande del país con más de 350 000 afiliados, y que México estaba viviendo una alteración social, por lo que ellos tenían que responder a sus electores, dejando ver un mensaje de amenaza de modificación del voto corporativo-sindical a favor del PRD y en contra del PRI.

No obstante, el representante del Congreso del Trabajo, alineado a los argumentos del Diagnóstico, reconoció que el IMSS vivía una crisis estructural puesto que su cobertura era restringida y los recursos financieros captados eran insuficientes, lo mismo el monto de las prestaciones económicas y las reservas financieras para afrontar las tasas de crecimiento de pensionados y jubilados. Al igual que en el Diagnóstico, vinculó la crisis con la inflación que había provocado insuficiencia administrativa y una descapitalización institucional con la disminución de las aportaciones del Estado, y propuso acciones para la coyuntura, a mediano y largo plazo. Las primeras incluían desde información actuarial –para conocer de forma real la situación financiera de la institución– y la redistribución del ingreso nacional con mayores aportaciones al IMSS, hasta la reforma fiscal para un sistema tributario más justo, generar nuevas fuentes de ingreso para la seguridad social mediante impuestos, redefinir la política salarial, generar empleos productivos y mejorar la productividad del IMSS y su sistema de cobro.

El PRI estuvo representado por diversos senadores y diputados. El diputado por representación proporcional, Miguel Humberto Manzo Godínez, quien también era el Secretario General del Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato del ISSSTE y miembro de la Comisión de Seguridad Social, citó en su ponencia los compromisos de Zedillo de reformar el sistema de salud para incorporar a una mayor parte de la población y garantizar un paquete básico de servicios, ponderando que la nación no tenía recursos suficientes para resolver todos los problemas sociales, y pidió la participación de la sociedad civil en la solución de los problemas y su cooperación con la autoridad para mejorar la situación en el ISSSTE.

El Diputado Ignacio Castillo Flores, de representación proporcional y miembro de la comisión de seguridad social, estuvo en contra de la tendencia de reducción de las plantillas de trabajadores del gobierno federal que afectaba a los servicios en general y a la Seguridad Social en particular, y señaló que *“corresponde al Estado vigilar y propiciar que los sistemas de seguridad social permanezcan en condiciones viables para dar el soporte a los trabajadores beneficiarios”*. La diputada Ofelia Casillas Ontiveros, quien también estuvo presente, condenó las políticas neoliberales, las soluciones a espaldas de las tradiciones mexicanas y reclamó la falta de recursos para la seguridad social, subrayando que ninguna solución podía sacrificar a los trabajadores, al Seguro Social o a los jubilados.

El representante de la COPARMEX presentó la propuesta institucional que guió la colaboración con la dirección del IMSS para elaborar un documento de propuesta a ser discutido por funcionarios y autoridades. En el ámbito administrativo recomendó: separación funcional y financiera de los diferentes ramos de seguro para evitar desvíos de recursos de un ramo a otro; la profesionalización de los cuadros directivos del IMSS; la extensión de la seguridad a sectores no cubiertos por cuestiones de justicia social y de fuente de financiamiento; revisar la estructura y organizar los servicios médicos que resultaban costosos y tenían baja productividad; y promover la libre elección de la atención médica, la subrogación y la reversión de cuotas.

En relación con las pensiones, se partió del presupuesto de que ya no se podían aumentar las cuotas ni continuar con los esquemas tradicionales de financiamiento. Reconocieron que se desvirtuaban las pensiones de vejez e invalidez y que eran económicamente inviables por los cambios en la estructura poblacional y por el comportamiento demográfico. En cuanto a las pensiones de invalidez, aceptaron que había un abuso de dicho beneficio y que casi no había rehabilitación para la restitución del inválido a la vida activa; se recomendó la pensión durante el período de capacitación. La misma evaluación se aplicó para el caso de la viudez, recomendando la pensión durante el período de capacitación para incorporarse a la vida activa. También se sugirió reforzar los sistemas complementarios puesto que la seguridad social no podía ser la única responsable de los costos económicos del retiro de la vida activa, y también se debía estimular el ahorro individual. Por último, se recomendó ampliar los topes de jubilación.

Este es el inicio del enfrentamiento entre los que defienden y los que oponen la reforma, donde la oposición del PRD es de naturaleza estructural y técnica, el deslindar político de esa tensión debe de ser analizado en el marco de las relaciones Estado-sindicatos.

C) Una reforma de los empresarios para los empresarios en una institución social

Los salubristas del PRD consideraban que la reforma estaba dirigida al sector privado y no a dar una respuesta a los problemas del IMSS, y menos aún a la cuestión de la desigualdad social. Asimismo, creían que no respondía a una preocupación específica en cuanto al valor real de las pensiones ni al bienestar de los trabajadores, de sus familias, o a la cobertura. Alegaron que los móviles de la reforma no eran los problemas tributarios de la seguridad social ni los de justicia social, sino los problemas de productividad de las empresas y los financieros de la economía en general. Para confirmar sus sospechas arguyeron que: *“es una reforma totalmente financiera, elaborada por financieros con poqísima participación del seguro social [...] fuera del mundo de la seguridad social, incluso fuera de la OIT y la OMS”*. (Entrevista n° 7)

Para sustentar sus argumentos, la Dra. Laurell declaró en *La Jornada Laboral* (n° 59, 28 de diciembre de 1995) que *“la nueva ley del Seguro Social coincide en sus puntos esenciales con las propuestas presentadas por el Consejo Coordinador Empresarial (CCE) [...] y, en contraste, casi no retoma ninguna de las propuestas presentadas por el Congreso del Trabajo, la CTM y el SNTSS”*.

Los salubristas del PRD también reconocieron que Funsalud desempeñó un papel importante como traductor de las propuestas surgidas en el ámbito de instituciones financieras para el sector salud. En consecuencia, advirtieron la dificultad de llegar a acuerdos debido a la discordancia estructural entre las dos perspectivas y a que la propuesta de reforma a la Ley atendía solamente a los intereses de los empresarios.

En este sentido, la postura del PRD en el debate fue la de buscar demostrar que la propuesta de cambio significaría “un impulso al sector privado e incrementan la desigualdad en la atención, ya que el monto de la cotización y el pago directo al recibir ciertos servicios significan derechos diferenciados en función de la capacidad económica”

(*ibid.*, 38). El PRD argumentó que la reforma perpetuaría la desigualdad puesto que planteaba que uno recibe de acuerdo a su capacidad de aportación, lo que representaba un cambio en el concepto de solidaridad que había guiado la puesta en práctica de la seguridad social como una política social vinculada a un proyecto socio-político de mejoría de las condiciones de vida de la clase trabajadora.

Ese mismo temor y titubeo fue respaldado por actuarios del IMSS cercanos al ex Director en cuestión. Según el informante, la premisa de la reforma a la Ley de la Seguridad Social fue “no aumento de cuotas y si es posible hasta disminución de cuotas”. El informante explicó que esa premisa estaba basada “en que ya no se debe seguir grabando el trabajo, porque va en detrimento del mismo y de la productividad de las empresas”, proposición que él no comparte porque no le parece correcta. Con respecto a la base de la experiencia de la reforma en Singapur comentó lo siguiente:

Las causas de la productividad están en otro lado, o sea, el movimiento de la economía, y si están conectadas con eso, no es substancial, porque si nos comparamos con Singapur como exportadores, pues nos ganan. Claro, hay quien dice, es que tiene muchas ventajas “es una Ciudad-Estado”, bueno nosotros vamos a hacer Ciudades-Estado dentro de la República. (Entrevista n° 11)

En consecuencia, tanto los salubristas vinculados al PRD como del informante del IMSS, señalaron que lo que estaba haciendo el gobierno de Zedillo era convertir las instituciones de política social, o las instituciones sociales, en instituciones financieras y de política económica, y consideraron que eso tenía como consecuencia: “*la eliminación de todo ese concepto benefactor de las grandes alianzas nacionales para ser substituidas por un sistema reprivatizado, individual, desresponsabilizado de la función pública y sin solidaridad*” (Entrevista n° 7).

Pude averiguar que ese grupo se percataba de cambios que la reforma implicaba en la concepción de cómo construir un orden social más justo, pero que también no tenían una idea clara sobre las bases técnicas de la reforma y en ese sentido, hasta dónde llegarían esos cambios y sus resultados, y, a largo plazo, de cómo la sociedad mexicana enfrentaría la

cuestión social. Así se dijo en la entrevista: “*lo que quiere decir que, lo que está en discusión es cuál es el modelo de salud que queremos tener*” (Entrevista n° 7).

Y, en las palabras de otro entrevistado: “[...] *la Nueva ley en el seguro social ya están apuntando procedimientos o instrumentos de modelos de un nuevo sistema [...] pues también tenemos que estar con la mente abierta, con un criterio flexible, para ver hasta dónde se puede llegar, o debemos llegar*” (Entrevista n° 11).

Las razones que llevaron a algunos a esas conclusiones y temores fueron básicamente dos: la primera, porque consideraron que no hubo una respuesta de emergencia del gobierno frente a la crisis de liquidez de la seguridad social; y la segunda se refiere a los propios objetivos de la reforma a la Ley del Seguro Social, la cual, según uno de los entrevistados, no buscaba restituir el nivel de ingresos ni dotar al Seguro Social de capacidad de inversión; el ajuste se daba “*contra la calidad de los servicios y los principios de solidaridad que siempre dirigieron la expansión de la seguridad social*”. (Entrevista n° 7)

A la argumentación se sumó el análisis que hicieron en relación con el alcance de la propuesta de subrogación y de seguros privados en lo referente al problema financiero de la seguridad social y de acceso equitativo a los servicios de salud. De acuerdo con la perspectiva del ex director del IMSS, la reversión de cuotas fue “*introducida como una facultad discrecional que nunca se ejerció porque lo que se deseaba era tener capacidad resolutive propia*”, y la consideró como un factor de aumento de los costos por persona: “*los seguros sociales acreditan tener todas las restricciones que quieren con coberturas limitadas, y con grandes regateos para los beneficios hacia la clase media, combinado con una brutal capacidad de negociación de los hospitales para imponer las condiciones inaceptables*”. (Entrevista n° 7)

El ex director también puso en duda la posibilidad de mejorar el acceso. Para él, la Reforma a la Ley estaba “*cancelando los esquemas modificados*” que permitían llevar la seguridad social a los campesinos y a otros sectores sociales no sujetos a una relación formal de trabajo.

En este sentido, los salubristas del PRD se opusieron a la reforma del IMSS porque representaba, por un lado, un ataque al corazón del compromiso político del Estado

mexicano con los asalariados organizados en los sindicatos corporativos, dando coherencia a la dimensión social del proyecto político-económico del Estado mexicano; y por otro lado, porque técnicamente consideraban que no se constituía en una respuesta al desfinanciamiento del IMSS, explicado por la caída salarial y del desempleo nacional, por lo que los problemas del IMSS continuarían, e incluso aumentarían caso no hubiera cambios en la política económica.

Esa misma visión fue expresada por un experto, funcionario del IMSS próximo a García Sainz, quien participó en la elaboración de la propuesta de reforma del IMSS. Dicho funcionario observó que no era posible llegar a acuerdos debido a que los que estaban a favor de la reforma partían de premisas y principios, algunos no fáciles de comprobar y otros referidos al mundo de la productividad de las empresas, por lo que se volvió difícil generar un consenso. La visión de algunos líderes de secciones del IMSS resulta similar a la de este funcionario, pues consideraron a la reforma como de escritorio, basada en modelos, fuera del mundo real y cerrado, sin una base empírica de comprobación.

Ese mismo funcionario aclaró que su posición –la cual buscó defender en el ámbito de las comisiones–, fue la de que no era necesario cambiar el sistema de seguridad social existente ni modificarlo. Advirtió que algunas de las sugerencias planteadas en ese sentido llegaron hasta la Cámara, como por ejemplo, aumentar la edad para la jubilación, lo que no fue aceptado por el Congreso.

Desde su punto de vista, la reforma se hizo para el sector empresarial. Para comprobar su afirmación argumentó que no hubo ningún problema entre el área financiera del IMSS con ese sector para llegar a un acuerdo. Además, señaló que toda la discusión se basó en no aumentar las cuotas y bajar todos los costos de la seguridad social. En consecuencia, el debate se centró en una propuesta que pudiera incidir sobre los costos de las empresas, y cualquier otra propuesta que no tuviera ese fin no era discutible. Como lo explicó: *“Por ejemplo, alguna vez durante las discusiones sugerí que había que aumentar la cuota de riesgos de trabajo, ahí lo aprendí, aceptaron que se estudiara, y ese estudiarse fue que no se aumentó, fue una manera fina. Entonces ahí aprendí que una propuesta tan directa no podía prosperar”*. Y luego agregó: *“El único principio que interesa es que salga*

más barato. Sí, pero a quién se lo vamos a vender, si cada vez excluimos a más gente y con eso no estamos creando mercado, parece que no interesa”. (Entrevista n° 11)

La dificultad de un consenso también estuvo presente en lo referente a la privatización de la gestión de los fondos de la seguridad social. Para este mismo funcionario *“ni el Estado ni el sector privado, por sí mismos, son garantía de buena gestión”*. La ventaja del Estado sobre el sector privado es que sale más barato debido a que no obtiene utilidades. *“Esa es social y no monetaria”*. En sus palabras: *“Por qué pienso así: si partimos de la premisa de que se va a administrar bien, también puede administrar el gobierno como lo hace la iniciativa privada y si partimos de que pueden o van a ser pillos, pues tan pillos pueden ser en un lado como en el otro, o sea, las personas somos las mismas a veces a dentro, a veces a fuera, entonces eso no cambia”*. Y agregó:

Al nivel de la administración, se argumenta que en el Estado se pierden muchos recursos, o se desperdician, bueno pues en la iniciativa privada también. O sea, vamos a hablar a igual nivel: pues en tales condiciones se desperdician tanto en uno como en el otro y sale más caro en el privado, porque además se necesita una utilidad y eso es lo que cuesta de más, entonces es más caro. También no me queda muy claro que sea mejor, y sin decir que sea malo, lo que no me queda claro por qué es mejor; “no, es que ahora sí se va manejar honradamente”, bueno eso es una declaración de principios, pero lo quiero ver al final, o sea, si vamos a jugar a ser buenos igual lo puede hacer el Estado. (Entrevista n° 11)

El ex director del IMSS consideró que muchos trabajadores del Instituto no quisieron percibir la magnitud de los cambios que serían introducidos, e incluso los refutaron argumentando que la seguridad social crecería. Sus palabras son muy expresivas en este sentido:

Los trabajadores no perciben que en las Reformas a la Ley hay toda una estrategia de conversión del Sistema. Ellos consideran que la cobertura de enfermedades generales y maternidad, va a seguir igual o va a seguir incluso creciendo y, no aceptan tampoco discutirlo. En mi caso personal, les he cuestionado que esto fatalmente tiene un proceso de contención primero, y después de desmantelamiento,

se refugian en alguna oferta o aparición de algo que va a compensar ese fenómeno, yo les diría que no tienen conciencia, de que está en proceso de desmantelamiento el Seguro de enfermedades generales y maternidad, creo que tengan razón, yo estoy muy convencido de que haya este proceso de desmantelamiento. (Entrevista n° 7)

Lo expuesto indica un cuestionamiento tanto en relación a la dimensión técnica de la Ley como política por parte del actor salubrista perredista y esa percepción encuentra respaldo en el cuerpo técnico del IMSS.

D) Una reforma sin diálogo o el diálogo de sordos

En este contexto de enfrentamiento de proyectos sociales y de disputa entre grupos de poder hubo reclamos en relación a la falta de transparencia y acusaciones al gobierno de manipulador con el argumento de que, al hacer la reforma por partes, impidió que los trabajadores tuvieran una visión global del proceso. El entrevistado de Funsalud por ejemplo, mismo adhiriendo a la reforma, dejó entrever su crítica a la conducción política de la misma. Para él, la reforma debía ser llevada a la práctica de forma articulada, más allá de la realidad inmediata de cada institución de salud por separado. Consideró que se *“hacia necesario ventilar riesgos que encierran algunas propuestas de forma a sugerir alternativas e incluso estar preparado”*, dando a entender que eso se haría necesario en el caso de no concretarse empíricamente las orientaciones conforme estaba previsto en el plan teórico. (Entrevista n° 9)

Sin embargo fue la oposición que, en diversos foros, reclamó la necesidad de un debate más amplio frente a la trascendencia de las iniciativas y al creciente interés de la sociedad por el problema, y un reconocimiento acerca de que *“ni el Poder Ejecutivo Federal ni los directivos del IMSS y del ISSSTE han presentado públicamente sus propuestas de reforma”*. (Entrevista n° 7)

En este sentido, cuando el diagnóstico fue presentado, la oposición buscó, en cierta medida, organizar un debate informado desde el inicio del proceso discutiendo técnicamente sus fundamentos pero, también haciendo política. Como parte y resultado de las diversas iniciativas realizadas con ese objetivo, en octubre de 1995, con el PRD al mando, se formó el

“Frente por la defensa y fortalecimiento de las instituciones de Salud Pública y la Seguridad Social”, que congregó a la oposición del PRI, del PAN y de los sindicatos inconformes con la reforma. Los sindicatos que participaron en esa iniciativa fueron el del Seguro Social, el de la Educación, el de la UNAM, el de El Colegio de México, secciones sindicales de la Secretaría de Salud, del ISSSTE, el del presidente de la comisión de Seguridad Social de la Cámara de Senadores, integrantes de las comisiones de Salud y Seguridad Social, diputados y senadores del PT, del PAN y del PRD, el del presidente del Movimiento Unificado Nacional de Jubilados y Pensionados, de varias organizaciones sociales, de investigadores de la Medicina Social de la UAM-Xochimilco, de varias personalidades de los partidos firmantes, entre ellos, Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano, los Licenciados Porfirio Muñoz Ledo y Ricardo García Sáinz, y la Dra. Asa Cristina Laurell. Para ese entonces, diversos disputados del PRI cuestionaban públicamente la iniciativa del ejecutivo.

En el documento de convocatoria del Frente se exigió la presentación pública de la propuesta de reforma, bien fuera por el poder ejecutivo o por los directivos del IMSS y del ISSSTE, para el desarrollo de un debate informado. Se argumentó que “es condición indispensable de cualquier reforma que ésta sea objeto de una amplia consulta popular”, y se convocó “a los legisladores de todos los partidos políticos representados en el Congreso de la Unión a garantizar su realización” (pág. 1). Asimismo, hicieron una crítica al diagnóstico del IMSS y a las posibles propuestas de reforma, y presentaron una alternativa para equilibrar financieramente el Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte (IVCM) al “incorporar la cuota del SAR a este seguro” (pág. 4).

Siguiendo las críticas y propuestas ya elaborados por el PRD, se opusieron a la propuesta del “paquete básico de salud” contraponiéndolo con el modelo del IMSS-Solidaridad. En ese mismo Documento alegaron que en relación con la propuesta de reversión de cuotas los grandes beneficiados eran las aseguradoras, y los grandes afectados los trabajadores más pobres. Por último, el Documento de convocatoria del Frente aseveró que el “punto central de la reforma deberá ser avanzar hacia la construcción de un servicio único de salud pública con cobertura universal de servicios equitativos”, y se comprometieron “a defender el carácter solidario, público, redistributivo e integral de la

Seguridad Social mexicana y a luchar por su fortalecimiento y ampliación, así como por el fortalecimiento y mayor cobertura de las instituciones de salud pública”.

La respuesta a esa movilización promovida por el PRD fue una ola de desplegados, tanto de apoyo como en contra de la reforma que inició con la Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos (CROC), y la cual publicó, el 25 de octubre, el desplegado “Respaldo total de la CROC a la nueva Ley del IMSS”, destacando que la “iniciativa garantiza que los trabajadores de la economía informal gocen de los beneficios logrando la universalidad de los servicios de salud [...] una jubilación justa y humana”.

Lo presentado es un indicio de que la reforma presentó problemas de conducción tanto de naturaleza técnica como política y que la urgencia de la crisis y la necesidad de resolverla fue más importante que la generación de consensos y acuerdos más efectivos que permitiera dar una respuesta a la cuestión del derecho al acceso a un sistema de protección social para más allá de las vejas relaciones partidarias-sindicales con el Estado.

E) Dudas en relación con las bases teóricas de la reforma a la Ley del Seguro Social

Entre los salubristas perredistas hubo muchas lagunas e interrogantes con respecto al futuro de las instituciones de seguridad social, en parte porque consideraban que la reforma, en su dimensión técnica, estaba basada en principios de difícil comprobación *a priori* y con mucho manejo y amarres políticos. En otras palabras, consideraban que la reforma no estaba fundamentada técnicamente, como quiso hacer ver el ejecutivo, sino una reforma decidida en función de determinados fines y sustentada en acuerdos políticos mediatizados por el régimen priísta. Estos salubristas reconocieron que el éxito tanto de la visión solidaria y pública –lo que ellos defendieron– como la del gobierno zedillista, dependía de la evolución del empleo y de los salarios, condición necesaria para generar los recursos con qué sustentar los esquemas de financiamiento. Es decir, el problema del déficit de la seguridad social, aunque haciendo la reforma planteada por el gobierno Zedillo, continuaría en el caso de que no hubiera un cambio en el modelo de desarrollo en el sentido de generar empleos.

Los salubristas perredistas señalaron que en el caso del programa del gobierno operaban sobre sus éxitos otros factores tales como:

Las eventuales crisis especulativas sobre los fondos de pensiones bajo administración privada; el desinterés por invertir en empresas médicas; el crecimiento de costos de los servicios privados y la consecuente presión adicional sobre los servicios públicos; la creciente insatisfacción de los usuarios al verse sometidos a criterios de costo-efectividad para acceder a la atención; el cambio de correlación de fuerzas y presiones por crecientes subsidios al sector privado (Laurell, 1996: 12).

El Ing. Cuauhtémoc Cárdenas, en reunión con los trabajadores del IMSS con ocasión de las elecciones en el D.F., comparó los riesgos del nuevo sistema en relación con el otro:

[...] las comisiones de las Afores lo que significan es que sobreestiman importantemente el monto de las futuras pensiones en contra del interés primordial de los trabajadores y estos cálculos aunque viables, que toman en cuenta las comisiones y la carrera salarial del trabajador, que muestran que con el nuevo sistema de pensiones serán más bajas que con el sistema actual y la mayoría de los trabajadores se ubicarán en la franja de la pensión mínima garantizada.

En diversas ocasiones, tanto representantes del PRD como investigadores, sindicalistas y activistas del Frente de Defensa de la Seguridad Social creada el 10 de diciembre de 1995, previeron un futuro de lucha por una contra reforma dado que ésta fue aprobada de manera apresurada y no consensuada⁹⁷ a partir de un diagnóstico que no tuvo en consideración la depreciación salarial que sufrían los trabajadores en México, principal razón de la crisis de la seguridad social.

El sentimiento reinante entre los opositores era de desconfianza por la posibilidad de rentabilidad de las aportaciones de cada trabajador con base en lo que había sucedido en

⁹⁷ Declaración del coordinador de la fracción parlamentaria perredista, Pedro Etienne Llano, y de la investigadora de la UNAM, Berenice Ramírez, en ocasión de la presentación del libro “La seguridad Social mexicana: en la ruta de la privatización”, de los diputados Saúl Escobar y Rosa María Márquez, junto con los investigadores Carlos López y Odilia Ulloa (*La Jornada*, 02 de julio de 1997).

Chile en 1995 y 1996. Se sumó a ello la duda relacionada con la efectividad de la banca privada mexicana como administradora de fondos. A su vez, Cárdenas Solórzano sostuvo, en varias ocasiones durante su campaña como candidato del PRD por la jefatura de gobierno del Distrito Federal, en 1997, que su crítica al nuevo sistema de pensiones no era aislada, sino que coincidía con la de sectores oficialistas como la CTM, algunos sindicatos como el de Telefonistas y los foristas; incluso citó al senador José Ángel Conchello, del PAN (*La Jornada*, 06 de junio de 1997).

En confluencia con esa visión del Ing. Cárdenas, en la perspectiva del ex director de IMSS, lo que se hizo con la Ley fueron cambios en el marco jurídico y normativo-administrativo; cambios que se realizaron de forma arbitraria, autoritaria y basados en soluciones mágicas o en dogmas, muchos de difícil sustentación, ya fuera provenientes de la comunidad académica o de políticos. Ahora bien, para que esos cambios fueran puestos en práctica se consideró necesario discutir y definir esquemas de participación financiera factibles, esquemas de prestación de los servicios, cómo participaría el sector privado en la prestación de los servicios, la relación entre sistema local de salud y autoridad federal y otros temas que estaban en la Nueva Ley y que debían *“ser aprobados por la población y que fundamentalmente, sean capaces de sustituir a los que actualmente están en vigor”*.

Según la perspectiva del actuario del IMSS entrevistado, algunos de los problemas que la reforma tendría que enfrentar eran, por un lado, la falta de confianza de la población en la reforma y en los bancos, y por otro, que, para él, ningún banco tenía la experiencia de cobranza del IMSS. Como argumento se manejó la imagen positiva de confianza y de respeto que la población depositaba en el IMSS, cosa que no sucedía con los bancos, pues el 95% de los asegurados no querían saber de ellos. En cuanto a la eficiencia del IMSS, como buen funcionario del IMSS que *“viste la camiseta”* declaró que: *“todos los días, desde hace muchos años, a las tres de la tarde, aquí se sabe todo lo que entró en el país, eso es envidia de los bancos y de los grandes, ahora podemos o no podemos hacer las cosas, yo digo que sí”*. (Entrevista n° 11)

Además, señaló que a lo largo de la historia del IMSS las decisiones fueron tomadas con base en un acuerdo efectuado en el ámbito del Consejo Técnico que era tripartito. Apuntó que esos acuerdos se hacían necesarios desde el punto de vista del actuario debido a

que el IMSS siempre fue deficitario y en 1960 la situación ya estaba clara para ellos, cosa que no se sabía desde que se inició la ley, razón por la que pactaron. Lo que no estaba pasando con la reforma en cuestión. Al respecto agregó que:

A veces se ha dicho que fue una mala administración o se desviaron indebidamente los recursos, la ley del Instituto lo permitía, en la ley del Seguro Social había un capítulo que decía que podíamos invertir en eso, hasta cierto límite, pero eran límites muy amplios. Entonces así se hizo, o sea, no hubo realmente ilegalidad. Se puede estar de acuerdo o en desacuerdo, pero fue legal; además siempre hay la máxima autoridad en el Instituto, que es su Consejo Técnico que es tripartito, tiene representantes obreros, patronales y del Estado, siempre sus decisiones han sido por unanimidad, todos están de acuerdo, que lo hayan regulado bien o lo hayan hecho mal, no me pongo a calificarlos, pero siempre han estado de acuerdo. (Entrevista n° 11)

En resumen, lo expresado por esos actores fue una desconfianza ante los resultados de la reforma para hacer frente a los problemas del sector y del Estado y para ejercer el control sistémico frente al número incalculable de crisis especulativas generadas por la gestión privada de los fondos de la seguridad social. Ellos creían encontrarse frente a una política sin fundamentos, de base normativa y sin sustentación política, vertical, autoritaria e ideológica.

2.2. LOS NEOSALUBRISTAS

A) Apoyo y optimismo con los resultados de la reforma del IMSS: la base de la alianza entre actores económicos y el sector salud

El ex directivo de Funsalud consideró que el Programa de Reforma del gobierno zedillista expresó una “*convergencia lograda entre los diversos estudios realizados en 1994, financiados por el sector privado, con la finalidad de analizar las limitaciones del actual sistema*”, y que dicha convergencia se tradujo en una importante propuesta de cambio que se estructuró sobre dos vertientes: en el financiamiento y prestación de los servicios de salud del IMSS y en la Secretaría de Salud (Frenk, 1998; Funsalud, 1997: 349).

Asimismo, señaló que la propuesta del gobierno Zedillo fue la de promover la reforma desde los primeros días de gobierno, pero la crisis financiera de inicio de sexenio retrasó el proceso y *“obligó a concentrar la atención política en la superación de la crisis económica, lo que retrasó la presentación y discusión de las propuestas gubernamentales en materia de reforma a los sistemas de pensiones y de salud”* (Funsalud, 1997: 349).

También consideró que la estrategia puesta en práctica por el gobierno fue correcta: primero se hizo un Diagnóstico que permitió al Seguro Social tomar la delantera del proceso asumiendo para sí la responsabilidad del problema del Seguro Social, *“porque antes de hacer una propuesta dijo: así está la cosa, yo mismo voy a confesar mis pecados y aquí están”*. (Entrevista n°9)

En consecuencia, el entrevistado reconoce que la dirección del IMSS asumió la crisis respaldada por los representantes de los sindicatos y de los empresarios que participaron en la elaboración del Diagnóstico. Además, permitió al director del IMSS hablar acerca de que el Diagnóstico fue el resultado de un entendimiento entre sindicato y empresarios y que, frente a sus resultados, fueron ellos quienes pidieron la reforma para cambiar.

Asimismo, consideró como legítimo reformar la Ley del IMSS como una estrategia para recuperar la economía. Así se expresó: *“es parte de una estrategia más amplia para recuperar la economía sustentada en un complejo sistema de financiamiento cuyos principales objetivos son fomentar el ahorro interno y generar empleo”*, lo que implicaba cambios en el sector salud (Funsalud, 1997: 365-366).

Esa visión estaba en sintonía con la del entonces director de finanzas y sistemas del IMSS, uno de los protagonistas de la reforma del Seguro Social, el economista Gabriel Martínez González.⁹⁸ Según él, la Ley del Seguro Social representaría un cambio en la orientación de la política fiscal en la medida en que el nuevo esquema de financiamiento de la seguridad social no produjera un déficit fiscal oculto, mejorara la capacidad de cotización del trabajador del IMSS, tuviera efecto sobre el mercado informal y la evasión, ampliara la cobertura médica y permitiera la libre elección del médico de familia.

⁹⁸ Gabriel Martínez, Doctor en Economía por la Universidad de Chicago y profesor del ITAM, continuó en la dirección de finanzas hasta el 2004 con el Dr. Santiago Levy. Actualmente es el director de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Señaló que el trabajador afiliado al IMSS gozaba, en general, de un salario promedio de un poco más de 30 mil pesos al año, y que en el país no existía una posibilidad de ampliar los recursos destinados a la salud.⁹⁹ De ahí la propuesta de separar las prestaciones derivadas del Seguro de Invalidez y Vida (IV) del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV), capitalizando este último en cuentas individualizadas manejadas por las Administradoras de Fondos de Retiro, y de establecer un nuevo sistema de cuotas para cada tipo de seguro, sin aumentar la carga fiscal directa al trabajador y dándole la posibilidad de ahorro independiente para quienes tienen recursos para hacer. Con esas medidas esperaban afectar el mercado de trabajo al dinamizar la economía, disminuir el mercado informal e inducir al patrón a no evadir o eludir la seguridad social, así como recuperar la viabilidad financiera del seguro de enfermedades y maternidad y afectando positivamente de esta manera el acceso.

Así expresó el director de finanzas del IMSS en *La Jornada Laboral* el 30 de enero de 1997, rebatiendo las críticas de García Sainz:

La nueva Ley provee recursos consistentemente más elevados. Esta mayor capacidad económica de la seguridad social se utilizará para cubrir los costos que este ramo [el Seguro de Enfermedades y Maternidad] ha sido incapaz de enfrentar a lo largo de su historia y, en consecuencia, abre la oportunidad de mejorar la calidad de los servicios.

En lo que se refiere a la mejoría del acceso a los servicios de salud, los neosalubristas depositaron su confianza en esa reforma considerándola como una reforma “*con bases muy bien hechas y muy bien diseñadas*”, que permitiría hablar de un crecimiento del IMSS y del sector privado a través de los nuevos tipos de aseguramiento, el Seguro para la Familia y la propuesta de reversión de cuotas, lo que garantizaría mejoras en el acceso. (Entrevista n° 8)

Un neosalubrista del CEDESS me explicó cómo contribuiría la reforma en la Ley del Seguro Social para mejorar el acceso a la seguridad social. De acuerdo con él, la lógica de la reforma a la Ley del IMSS era la de incentivar una mayor incorporación de los

⁹⁹ Véase Gabriel Martínez, *La Jornada Laboral*, n° 17, jueves 30 de enero de 1997.

trabajadores al régimen de seguros, disminuyendo la contribución del obrero y del patrón, y aumentando la del gobierno como un incentivo en el combate a la elusión, la evasión y la subdeclaración, y para incentivar indirectamente la incorporación de más trabajadores.

Esta información fue complementada por el ex director de Economía y Salud de Funsalud, para quien, la importancia del Seguro para la Familia, dirigido al segundo grupo que solamente tenía acceso esporádico a ciertos servicios y que estaba en la economía informal, residía “*en romper con lo que fue la liga tradicional desde 1943 entre el acceso a la seguridad social y el empleo formal*”, y en abrir “*la posibilidad de acceso a los esquemas de seguro y no solamente a los servicios médicos*” (Entrevista n° 9).

Otra propuesta considerada como importante para resolver los problemas de acceso fue la reversión de cuotas, lo que permite el crecimiento del número de afiliados y la incorporación del sector privado al sector salud. El funcionario del CEDESS explicó de la siguiente manera qué es la reversión de cuotas:

Es un modelo que también va a ser muy importante en la reforma del IMSS. Se trata cuando un patrón, con la amuencia de los trabajadores a través de su representación, obtiene que se revierta una parte de la cuota que paga el obrero y el patrón del seguro en enfermedad y maternidad para la empresa misma proporcionar directamente esos servicios a través del sector privado, haciéndolo responsable de la atención a los trabajadores, que tiene que ser de naturaleza y cuantía similar a la del IMSS. Ese esquema ya existe, actualmente cubre 2.5% de la población. Ese esquema va a desarrollarse más porque es un derecho de elección del trabajador y del patrón. Sin dejar de ser derechohabiente, recibe la prestación de servicios privados. Este esquema va a ser más transparente y puede crecer, es una forma de ampliar cobertura sin tener sus propias instalaciones.
(Entrevista n° 8)

Esa propuesta, de acuerdo con el entrevistado, abrió para el IMSS la posibilidad de extender la cobertura, sin aumentar su red propia, al transferir recursos y clientela al sector privado, actuando como una quiebra del monopolio del IMSS sobre una parcela importante de su clientela con poder de pago. Esa estrategia fue valorada por los reformadores porque

daba al sector afiliado al IMSS la posibilidad del derecho de elección, aunque reconocía que los servicios serían más caros al ofrecer otro producto, “*y si eso es el producto que quiere la gente y socialmente no se puede dar, van a tener que completar los pagos con otro tipo de agente, con pagos*”. (Entrevista n° 7)

Curiosamente, parecía ser que los costos, que siempre habían sido un problema, ya no lo serían más. El papel catalizador del IMSS sobre la clientela con poder de prepago, y financiando indirectamente al sector privado,¹⁰⁰ se llamó eficiencia gerencial, aun cuando se corría el riesgo de que fuera un verdadero detonador del aumento de los costos médicos y de fragmentar la clientela entre los que podían pagar y estaban en mejores condiciones de salud –con el sector privado– y los otros con el Seguro Social.

De cualquier forma, sus elaboradores estimaron su potencial trascendencia previendo la entrada de otros grupos al “*salir muchas gentes del seguro social, aunque el seguro sigue financiando la atención, y eso va a abrir el espacio para el seguro de salud para la familia*” (Entrevista n° 9).

En ese sentido, la reversión de cuotas fue considerada como una de las propuestas centrales de la reforma del IMSS en el ámbito de la salud, y fue pensada para realizarse por medio de organizaciones privadas que ofertarían servicios, conformando redes de médicos y promoviendo convenios con los hospitales al estilo de la *HMO*. Es decir, que eran experimentos nacionales de creación de intermediarias de compra y venta de servicios de salud que tenían como función conectar productores con consumidores, y las cuales todavía no estaban regularizadas y eran muy pocas. Éstas debían ser autorizadas o acreditadas, proceso en el que Funsalud desempeñaría un papel importante al final del período de gobierno.

No obstante, el neosalubrista de Funsalud recomendó cautela y reconoció que había que tomar con reserva el potencial de la reversión de cuotas debido a que “*cabría suponer que los que más rápidamente se van, son aquellos que ya no están usando los servicios y en ese caso no estarían dejando espacio porque de hecho ya no lo usaban*”. (Entrevista n° 9)

¹⁰⁰ Fue mediante ese instrumento que en Brasil, durante el régimen militar, a partir de la segunda mitad de los años setenta se extendió la cobertura de la seguridad social y se dio inicio a la política de privatización de la asistencia médica financiada con recursos de la seguridad social. Esa política se conoció como “la universalización excluyente”.

Otra dimensión importante de la reforma para las finanzas del IMSS, considerada como “detonadora” y que debía incidir directamente en el área de afiliación y cobranzas del IMSS, sería la automatización y organización del proceso de afiliación y generación de incentivos adecuados para evitar corrupción y evasión. En las palabras del funcionario del CEDESS:

Ahora, ¿cuáles son de alguna manera los detonadores para lograr esto? Como detonadores, en el área de afiliación y cobranza del IMSS, se está generando toda una estrategia llamada “centros de atención a patrones”. Es donde como detonador, se da toda una política de incentivos, donde a mucho del personal se le va a cambiar su forma de remuneración y no solamente va a ser salarial, sino que se van a incluir incentivos al desempeño y aquí serían incentivos para que la gente se afiliara más, entonces de alguna manera se tienen que ir combatiendo los incentivos perversos, aunque ahorita hay mucha gente que por corrupción puede llegar a tener acuerdos y decir bueno, no te afilio a toda tu gente, me arreglo contigo. (Entrevista n° 8)

Sus previsiones para el final del período de gobierno fueron de un crecimiento de la seguridad social de un 15%. Es decir, se estaba hablando de que la seguridad social podría tener, para el final del período de gobierno de Zedillo, una cobertura de 65 o 70%, y se previó un repunte de la actividad económica que se traduciría en altos niveles de afiliación de trabajadores provenientes del sector formal. El entrevistado señaló que, disminuyendo la participación de las contribuciones por previsión y seguridad social en la nómina de las empresas, que llegaban a 31.5% de los salarios cotizados, actuaría como un incentivo en el combate a la elusión, la evasión y la subdeclaración, e incentivaría indirectamente la incorporación de más trabajadores.

Así fue cómo se expresó el funcionario del CEDESS en entrevista:

“Lo que está pasando en la seguridad social es que en la medida en que para el seguro de enfermedad y maternidad ya no repercute como una gran carga fiscal para el patrón y para el obrero, sino que esa carga la asume el Estado, de alguna forma, se cuenta

con incentivos para combatir la elusión, la evasión, y poder incorporar más trabajadores dentro de la seguridad social”. (Entrevista n°8)

El entrevistado garantizó que ese optimismo podía mantenerse incluso en épocas de crisis. Sustentó su afirmación con el argumento de que la incorporación a la seguridad social había sido una constante. A su vez, reconoció que estaban previstos otros “detonadores” que incidían directamente en el área de afiliación y cobranzas del IMSS, tales como la automatización y la organización del proceso de afiliación y la generación de incentivos adecuados, y para evitar la corrupción y la evasión a través del cambio de la política salarial basada en la productividad.

Una vez más, la salud de la población y las instituciones de salud quedaron subordinadas a la política económica, y todas las esperanzas fueron depositadas en los éxitos de ésta, la cual no se dio cómo habían planeado los neoliberales.

B) Visión polarizada del debate: obstáculos de consenso y apoyos

El ex director de Funsalud reconoció que aun el IMSS contaba con el sostén incondicional de los empresarios; consideró que el Pacto por el Fortalecimiento del IMSS entre empresarios y sindicatos no fue suficiente para garantizar el apoyo de todos los sindicatos, en particular el del IMSS, aunque el Lic. Genaro Borrego contó también con el apoyo del núcleo de representación obrera en el PRI.¹⁰¹ Nuestro informante señaló que los intereses de los trabajadores del IMSS y los de los sindicatos de los derechohabientes no eran los mismos, que en muchas cuestiones referentes a la reforma del IMSS la posición de los sindicatos no fue unitaria y que en su estrategia política el gobierno debió aprovecharse de ese conflicto, pero no dejó claro cómo se podría hacer y para qué.

Además, el informante de Funsalud reconoció que el gobierno contó, en el ámbito del sector salud, con el respaldo político “*de altos y medios funcionarios tanto de la Secretaría de Salud como del Seguro Social, y apoyo técnico importante de la gente del campo de la salud*”. (Entrevista n° 9) Explicó que el papel del personal técnico fue el de articular y ajustar en el ámbito sectorial las demandas de una economía globalizada que ya

¹⁰¹ Véase, por ejemplo, su discurso con ocasión de la VI Reunión Nacional Económica de la Confederación de Trabajadores de México, realizada el 18 de octubre de 1997.

no podría sobrevivir con una seguridad social de los años 50. Esos técnicos dieron los contenidos específicos de la salud que demandaban los economistas. Reconoció que ese proceso de ajuste del sector salud a las demandas de la economía posibilitó una sinergia entre los economistas y el campo de la salud, y significó un “*desplazamiento de ciertos cuadros del área de la salud por de los del área económica*”. (Entrevista n° 9)

Según el entrevistado, en el ámbito político de las fuerzas parlamentarias el respaldo más importante fue el del PRI. Sin embargo, advirtió un comportamiento contradictorio en el actor político: se trata del caso del Partido Acción Nacional (PAN), el cual votó en contra de la reforma debido a problemas de coyuntura electoral. El entrevistado insinuó que ese partido no quiso compartir los costos políticos de la reforma, y que votó en contra de la reforma buscando votos de los sindicatos al oponerse a una decisión antipopular. Además, declaró constarle que en discusiones previas con representantes del PAN, habían apoyado el proyecto de reforma a la Ley del Seguro Social.

Otro comportamiento contradictorio citado por el entrevistado fue el del ex director del IMSS, el Lic. García Sainz. El entrevistado consideró que este actor apoyó en el discurso a la solidaridad, pero que, cuando fue director del IMSS, se opuso a la entrada de otros grupos sociales a la seguridad social. Con esto se refirió también a la oposición de la CTM al proyecto del IMSS-Coplamar en el inicio de la década de los setenta, dando a entender que García Sáinz también estuvo en contra de esa medida.

Señaló, además, que el debate fue pobre, en parte porque el Banco Mundial fue visto como la oveja negra de la historia. La otra razón presentada se relaciona con la manipulación por parte de los grupos con intereses creados en el sector, apropiándose de ideas y conceptos de acuerdo con sus intereses e idealizando demasiado el debate y no dando importancia a las soluciones técnicas que la reforma introducía. Los argumentos técnicos se perdieron, lo que dificultó llegar a acuerdos.

El neosalubrista del CEDESS (institución creada para conducir las negociaciones de la reforma) consideró que en el transcurso del debate en torno a la reforma a la Ley del Seguro Social se escuchó la voz de una izquierda retrógrada, prejuiciosa, que buscó estigmatizar al sector privado y que, además, no conocía los problemas y era contradictoria en sus planteamientos. Para él, esa izquierda planteaba cosas irreales, puras mentiras que

tenían como fin desvirtuar el debate. En resumen, para él, había un grupo de opositores ignorantes que hacían mucho daño al debate, y lo que este neosalubrista encontró muy triste porque consideraba que todos trabajaban por lo mismo: la salud de la gente.

Sin embargo, reconoció que había otra izquierda –pero sin dejar muy claro a qué izquierda se estaba refiriendo–, que tenía razón en algunos de sus planteamientos, aunque lo que planteó fue un *todo o nada*. Para él, este *todo* era totalmente inaccesible, inviable. Por consiguiente, reconoce que la posición de esa izquierda era inviable porque en su lucha política no se estaba luchando por la salud sino por un cambio del modelo económico, por lo que las cosas se estaban mezclando. Según su opinión, todo esto impedía un diálogo, independientemente de que hubiera muchos puntos donde existía convergencia. De hecho, consideró que éstos partían de los mismos principios. En sus palabras: “*Para nosotros, nuestra prioridad es la política de salud, nosotros no podemos discutir cosas que no nos corresponden como la política exterior o de industrialización. Reconocemos que nos afecta, pero no es nuestro objetivo*”. (Entrevista n° 8)

De lo anterior se desprende una visión muy estrecha del quehacer de la política y de las alianzas referentes al significado de las posiciones de los actores opositores, con un énfasis unilateral en la dimensión ideológica que lleva a privilegiar el debate sobre los instrumentos, en detrimento de una discusión más amplia sobre las diferencias ideológicas y el significado de los cambios para los diversos grupos sociales.

De toda forma, en medio de tanto optimismo con relación a los resultados positivos de la reforma para las finanzas del IMSS y para el aumento en el acceso, el entrevistado de Funsalud reconoció que, una vez votada la Ley, los problemas que surgieron en el interior del IMSS de oposición fueron importantes y su origen estuvo en una reforma que requirió operar sobre las reglas que permitirían la institucionalización de determinados conflictos. Los problemas puntualizados fueron: la inercia institucional, los intereses consolidados, los valores internalizados y la ausencia de debate público.

El problema del peso de la inercia, según el entrevistado, se expresó en el tamaño del Instituto; en la formalización de sus procedimientos administrativos. Y comentó que “*cualquier cambio requiere tiempo*”. (Entrevista n° 9)

En cuanto a los intereses creados, su apreciación fue la de que en el proceso de reforma hay siempre perdedores. Así lo expresó: *“En una reforma mismo que gane la mayoría, hay perdedores, y los pocos que pierden tiene sus pérdidas o muy grandes o muy concentradas”*. (Entrevista n° 9)

Otro grupo identificado como amenazado en sus intereses fue el de los médicos. El entrevistado argumentó que se estaba dando una entrada significativa de profesionales de otras áreas, lo que tuvo como consecuencia el desplazamiento de ciertos cuadros. En esa invasión territorial, los economistas fueron los que ocuparon más plazas, lo que para él se debió a que la salud es muy importante para la economía y a que hay coincidencias de propósitos y de racionalidades que no necesariamente son antagónicas de la visión médica. En opinión del entrevistado, ningún médico serio *“puede seguir pensando que la salud es dominio exclusivo de médicos”*. (Entrevista n° 9)

Para reforzar su punto de vista en relación a la confluencia de intereses del área de la salud con la economía, citó como ejemplo la descentralización. Según él, la descentralización *“surgió de expertos de la salud y ahora viene a integrarse a todo un discurso de reforma del Estado y del nuevo federalismo”*. (Entrevista n° 9)

El tercer problema que citó, los valores internacionalizados, se relaciona con el primero, la inercia, y con el último, la ausencia de debate y de una conducción transparente del proceso de reforma por parte del gobierno. Según el entrevistado:

El gobierno no está preocupado en explicitar la articulación que existe entre la reforma de la seguridad social y la de la Secretaría de Salud, en particular, con relación al objetivo de dar cobertura universal bajo la idea de lo mejor para todos. [...] La ausencia de una debate serio en torno de los fundamentos que estamos queriendo como sociedad da lugar a que muchos de los intereses corporativos creados se apropian de conceptos o de ideas y las manipulan. (Entrevista n°9)

A su modo de ver, el debate como un instrumento político, permite ventilar los valores internos del Seguro Social, volverlos públicos y confrontarlos con otros actores.

Pero reconoció que para ello era necesaria la voluntad política, y admitió que *“parece que ésta no está existiendo”*.

Para el entrevistado, la sociedad debería debatir cuál es la mezcla idónea entre lo público y lo privado. Desde su punto de vista, en el debate actual se tiende al maniqueísmo, como si fueran dos polos confrontados en una arena: de un lado los que defienden una estatización completa, y del otro la privatización. Sin embargo, argumentó que en la realidad no es así, sino que es más complejo; en ella hay una mezcla: incluso en el sistema más privado hay participación pública, y en los sistemas aparentemente públicos hay instancias privadas.

No obstante y aunque el entrevista reclama por un debate más amplio y menos politizado, en la investigación no fue posible identificar una contribución importante de Funsalud para la promoción de ese debate para más allá del ámbito de los aliados de la reforma.

C) Las sinergias de los intereses: la oportunidad para expandir mercado, separar las funciones o introducir la universalidad a través del paquete básico

Los neosalubristas eran conscientes de la importancia de la reforma propuesta por el gobierno de Zedillo, en particular de la Reforma a la Ley de la Seguridad Social como una estrategia de corto plazo para la introducción de la competencia regulada y la separación de funciones, base de la propuesta de Funsalud llamada Pluralismo Estructurado. Ellos depositaron su confianza en la reforma a la Ley del IMSS y respaldaron la iniciativa porque consideraban que se complementaba con la reforma de la Secretaría de Salud puesto que ambas instituciones buscaban dar respuesta al problema del acceso, introduciendo una nueva organización del sistema de salud escalonada en paquetes dirigidos a grupos poblacionales de acuerdo con la capacidad de pago.

Los neosalubristas apoyaron la política de mejorar la cobertura con base en paquetes de servicios básicos debido a su accesibilidad y a su compatibilidad con los recursos existentes. Desde una postura de crítica a la anterior propuesta del IMSS-Solidaridad, el entonces director de Economía y Salud de Funsalud se expresó de la siguiente manera: *“Los esfuerzos anteriores dirigidos a los grupos marginados eran programas muy centralizados*

para hacer la extensión de cobertura a los lugares más remotos, lo cual generaba una incongruencia administrativa grande” (Entrevista n° 9).

Por su parte, el funcionario del CEDESS dejó muy en claro que lo que estaba haciendo el gobierno Zedillo es garantizar *“el acceso sobre el paquete básico”* y que éste estaba organizado en torno a 12 intervenciones constituidas en el nivel mínimo en respuesta a las necesidades prioritarias que todos deben tener. Se trata de intervenciones factibles de realizar, de bajo costo y alto impacto, y las cuales son: el saneamiento básico a nivel familiar (agua potable y eliminación de excretas); la atención a los casos de diarrea, tratamientos antiparasitarios para las familias; identificación de signos de infecciones respiratorias agudas y referencias a unidades de atención médica, prevención y control de tuberculosis pulmonar, de hipertensión arterial y diabetes *mellitus*, inmunizaciones, vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño, distribución de métodos anticonceptivos, atención prenatal, del parto y puerperio, prestación de primeros auxilios y formación de comités de salud.

Por consiguiente, los neosalubristas consideraron como prioritaria la universalización del paquete básico para así atender la demanda de equidad en la distribución de los recursos y bienes de salud. Además, articularon la efectividad de esa estrategia con la descentralización, condición para que el paquete se generalizara y estructurara en el ámbito local, permitiendo que las prioridades locales se cumplieran mediante *“la responsabilidad de cada jefe de jurisdicción de los estados por ampliar las fuentes de financiamiento”*. (Entrevista n° 8) Asimismo, señalaron que la descentralización permitía canalizar más recursos, e incluso consideraron que éstos podían ser del municipio, del estado o de diferentes fuentes.

Con respecto a la otra vertiente de la reforma en la Secretaría de Salud, la cual estaba representada por la descentralización como parte de la estrategia mayor de separar las funciones, conforme se propuso en el Pluralismo Estructurado que formaba parte del Programa de Reforma del gobierno de Zedillo, veamos lo que opinaron los entrevistados:

Según el entrevistado de Funsalud, la descentralización posibilitaría la separación de funciones, tocándole a la Seguridad Social financiar y a la Secretaría de Salud ocupar el espacio de reguladora del sector: *“[...] deja de operar servicios y se vuelve una instancia*

reguladora [...] que debe ejercer una regulación sobre el IMSS en los aspectos médicos y sobre estas nuevas formas privadas que no sólo están surgiendo, sino que van a seguir surgiendo cada vez más". (Entrevista n° 9)

A pesar de concordar con las estrategias diseñadas por el gobierno de Zedillo, el neosalubrista de Funsalud dijo que el gobierno tenía una posición minimalista en relación a la propuesta del paquete de servicios básicos debido a que Funsalud hablaba de un paquete de servicios esenciales. La crítica expresada con respecto a esto se refirió a que la posición del gobierno corría el *"riesgo de acabar generando esa idea de lo mínimo para los pobres, [...] de dar verdaderamente lo menos que se pueda a los pobres"*. (Entrevista n° 9)

En resumen, los neosalubristas no sólo identificaron y apoyaron ideológicamente las propuestas del gobierno zedillista, sino que también dejaron ver que tuvieron un papel protagónico al participar en la formulación de la propuesta y en su puesta en práctica. Aceptaron que la propuesta de reforma de la Ley del Seguro Social se hizo para fomentar el ahorro interno y disminuir el déficit fiscal, y creyeron en la expansión de la seguridad y del empleo como uno de sus resultados.

Sin embargo, el apego a la propuesta no impidió al directivo de Funsalud expresar sus divergencias en relación al Secretario de Salud en turno en lo que respecta al contenido del paquete básico y a la morosidad de la Secretaría de Salud en promover la descentralización para transferir la responsabilidad de la atención a la salud a los estados. Asimismo, dejó ver sus dudas con respecto a la conducción política de la reforma en el ámbito del IMSS. Al tomar esa posición, los neosalubrista de Funsalud disputaban posición de poder en el sector al tiempo en que expresaban su descontento con relación a la baja capacidad del equipo reformadora de movilizar apoyos político y social capaces de contrarrestar o neutralizar intereses de grupos de poder internos a las instituciones.

Mercado y política estuvieron entrelazados en el debate en torno a la reforma a la Ley del IMSS aunque la representación de la sociedad mantuvo en el limitado espacio de la representación corporativa y de los grupos de poder incrustados en las instituciones públicas o políticos. En ese universo de actores, las cuestiones técnicas son importantes, pero fueron los fines y las posiciones de poder que estaban en juego.

CAPÍTULO 9

DESCENTRALIZAR Y FOCALIZAR: APOYOS, CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS Y ESTRATEGIAS POLÍTICAS

En este capítulo trato de organizar la información obtenida sobre la descentralización, una de las principales estrategias puesta en práctica en el gobierno de Zedillo para mejorar la cobertura de los servicios de salud. La información está organizada en torno a tres ejes básicos: el proceso mismo de descentralización, la percepción y vivencia de los directivos de los servicios de salud del proceso, así como la percepción de los actores analizados, y algunos resultados del acceso y la cobertura.

El propósito de este capítulo es tomar la descentralización para ejemplificar cómo la reforma del sector salud se puso en práctica, analizando la percepción y vivencia de los directivos de los servicios de salud de Sonora, quienes llevaron a cabo el proceso.

1. DESCENTRALIZACIÓN Y FOCALIZACIÓN: INSTRUMENTOS DE MEJORÍA DE LA COBERTRUA Y DE GARANTÍA DE ACCESO A UN PAQUETE BÁSICO DE SERVICIOS

1.1. LOS TIEMPOS Y RECURSOS DE LA DESCENTRALIZACIÓN

En el ámbito de la Secretaría de Salud, al igual que en los tiempos del Dr. Soberón, hubo cambios legislativos y la Ley General de Salud fue reformada para fortalecer el papel rector de la Secretaría. Como parte de esos cambios, desapareció la Subsecretaría de Servicios de Salud, surgiendo en su lugar la Subsecretaría de Coordinación Sectorial, dirigida por José Narro Robles. La Subsecretaría de Planeación se desintegró y se creó la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades al mando de Roberto Tapia Conyer. Se formaron el Gabinete de Salud y el Consejo Nacional de Salud, instancias de coordinación y de concertación; el primero como instancia del ámbito federal, y el segundo del ámbito estatal, con la participación de las autoridades de los estados representando a los Servicios Estatales de Salud (SESA), y a los Organismos Públicos Descentralizados (OPD). Ambas

instituciones se constituyeron en la instancia de negociación y concertación de la descentralización y reorganización del modelo de atención. También se modificaron las leyes presupuestales con la intención de dar mayor capacidad de gestión a los estados.

Asimismo, al igual que en el período del Dr. Soberón, la descentralización se propuso como una estrategia política o económica que tendía a democratizar la vida social, expandir mercados y lograr una mayor eficiencia en la prestación de los servicios de salud, generar nuevos recursos financieros y dar una respuesta a la falta de coordinación y a la duplicación de servicios. La descentralización fue dirigida desde el centro por el ejecutivo con un poco más de apertura hacia los estados, y negociada con el Secretario general del sindicato, Joel Alaya Almeyda, único candidato presentado y electo en el XV Congreso Nacional, en el que estuvo presente el Secretario de Salud que prometió a los trabajadores que la reforma no afectaría los derechos laborales. A su vez, Joel Alaya prometió dar certidumbre a los 142, 000 trabajadores y garantizó que no habría despidos con la descentralización. Sin embargo, muchos trabajadores de base temían y se oponían a la descentralización. Como acuerdo de plenaria quedó lo siguiente:

La formación de una comisión bipartita para llevar a cabo la descentralización, que el sindicato no pierda su figura jurídica nacional, que no se trastoquen los derechos laborales de los trabajadores ni sus conquistas laborales ya establecidas en las CGT y la LFT, que primero se homologuen los trabajadores en sueldo y prestaciones con las instituciones de salud mejor pagadas, que no haya recorte de personal de base, que los institutos de salud que ya están descentralizados vuelvan a pertenecer a la SSA, un desplegado en los periódicos en defensa de la salud (Informe de delegación, sección 62).

El primer año fue de trabajos previos preparatorios para la descentralización, coordinados éstos por el Consejo Nacional de Salud en el ámbito central y con la participación de los estados. Para dar seguimiento y operar las decisiones del Consejo Nacional de Salud, se crearon cinco comisiones de trabajo: de ampliación de cobertura, responsable por la formulación de un Paquete Básico, de mejoramiento de la calidad de la atención, de vinculación entre la jurisdicción sanitaria y los municipios, de fortalecimiento de los recursos humanos, y otra para los recursos financieros y materiales. Dichas comisiones estuvieron compuestas por los titulares de las áreas superiores de la Secretaría, por los directores generales del ámbito federal y por titulares de seis o siete entidades

federativas. Además, recibían el apoyo de grupos técnicos formados por funcionarios de los propios servicios de salud estatales.

Fue en agosto de 1996 cuando la descentralización se formalizó con la firma de acuerdos y convenios en una ceremonia realizada en la residencia oficial de Los Pinos. Así, se establecieron las bases para integrar los Sistemas Estatales y fortalecer la coordinación entre la Secretaría de Salud y los gobiernos estatales en materia de salubridad, en general, con vistas a concretar sus respectivas responsabilidades en la conducción y operación de los servicios.

Se asignó a los estados una cantidad: 6 132 millones de pesos, que serían transferidos a través de un ramo especial y etiquetados al organismo descentralizado. En 1997 se transfirieron más 18 190 millones de pesos, y en 1998 estos recursos sumaron 12 531 millones de pesos, y para el 2000, el valor fue de 21 713 millones de pesos (SSA, 1999). Además, los estados se comprometieron a mantener su participación en el financiamiento, a incrementar la operacionalización de los servicios, a regular y responder por el control sanitario, con la programación y la presupuestación, de acuerdo con las directrices establecidas por el nivel federal.

Para noviembre se habían descentralizado 18 estados, es decir, se había establecido un “Acuerdo de Descentralización” en el que los estados se comprometían, entre otras cuestiones, a promover una iniciativa de ley o a expedir un decreto para la creación de un organismo público descentralizado, lo que significó que en ningún estado estaba constituida una organización capaz de corporificar una Secretaría de Salud, y que aún no se habían diseñado los instrumentos de regulación y control sanitario. Estos estados fueron: Nayarit, Campeche, Puebla, Tlaxcala, Quintana Roo, Durango, Michoacán, Oaxaca, Baja California Sur, Sinaloa, Estado de México, San Luis Potosí, Colima, Hidalgo, Zacatecas, Morelos, Guanajuato y Querétaro. Los Acuerdos tuvieron como resultado la transferencia total de bienes y materiales del centro a los Estados y el repaso de recursos etiquetados definidos en función de la tasa de mortalidad, del índice de marginalidad y gastos en salud, y transferido directamente por la SHPC, lo que quería decir que el gobierno federal controlaba la gran mayoría de los recursos gozando de mucho poder sobre las autoridades regionales.

Para entonces, lo que tenían los estados eran los enunciados que orientaban el modelo de atención, y los cuales eran casi los mismos que en los tiempos del Dr. Soberón: calidad, equidad, efectividad, productividad, participación de la población, costo accesible para la familia, la comunidad y el país; éstos debían permitir identificar riesgos para la salud e intervenir antes de que existieran daños. Una vez más, se dijo que “se privilegia lo preventivo y lo integral sobre lo curativo y episódico”, y que se buscaría aumentar la productividad mediante el establecimiento de estímulos y motivaciones para el personal (Narro, *op. cit.*: 34).

Es decir que, una vez más, se estaba planteando, en el ámbito del discurso, una propuesta de modelo de atención que no se limitara a reparar daños; sin embargo, el contenido del modelo de atención se definió a través de la introducción de un Paquete Básico, estrategia fundamental para ampliar la cobertura de los servicios, constituido por 12 intervenciones irreductibles cuyo eje básico eran los programas de vacunación, saneamiento básico, tratamiento antiparasitario, prevención y tratamiento de infecciones respiratorias, de la tuberculosis pulmonar, de la hipertensión arterial y de la diabetes *mellitus*; nutrición y salud reproductiva, entendida ésta como distribución de métodos anticonceptivos; atención prenatal, del parto y puerperio; prestación de primeros auxilios y formación de comités de salud. Todas esas acciones fueron consideradas como factibles de realizar con bajos costos y altos impactos sobre las tasas de mortalidad (SSA-CNS, 1996: 27).

La puesta en práctica de un paquete Básico en el medio rural continuaría siendo a través del personal comunitario capacitado, el cual debía recibir apoyo técnico y logístico del personal de los centros de salud cercanos. Se prometió ubicar, en cada unidad con más de 100 habitantes, un auxiliar de salud en cada casa de salud, y en las de menor tamaño, a promotores voluntarios. Para el medio urbano la atención se daría en módulos o núcleos de atención, cuyo personal estaría integrado por un médico, una enfermera y un técnico-promotor por cada 500 familias (SSA-CNS, 1996: 130-131), y se contaría con fondos del Banco Mundial.

En paralelo, y para mejorar los indicadores sanitarios amenazados debido a los altos niveles de pobreza –pues, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO),

15 millones de mexicanos vivían en condiciones de muy alta marginación—, al igual que en el período de Soberón, se dio continuidad a la tendencia de mejorar la cobertura de los servicios de salud a través de programas financiados por el Banco Mundial, como por ejemplo, el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), puesto en marcha en 1996. Asimismo, se reformó el Programa de Salud Reproductiva para atender las presiones internacionales y nacionales dirigidas a adoptar el enfoque de salud sexual y reproductiva y hacer frente al aumento del cáncer cérvico-uterino, desarrollando estrategias encaminadas a la prevención del mismo y a la reducción de la morbilidad y la mortalidad materno-infantil. Sin embargo, se conservó la tendencia de hacer de la política de salud reproductiva un vehículo para controlar el crecimiento demográfico y mejorar la salud infantil, justificada en la visión del propio presidente, el cual había reconocido, en ocasión de la presentación del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, que la ausencia durante años de una política de población congruente con los recursos y las potencialidades del país había sido uno de los factores que favorecieron el crecimiento de la pobreza y la marginación. En consecuencia, las metas demográficas siguieron siendo parte medular de la política de combate a la pobreza, subordinando la política de salud reproductiva a las poblacionales.

El PAC, que operó hasta el 2003, contó con aportaciones del gobierno federal y de los estados. Se trató de un programa especial de carácter asistencial y selectivo para garantizar la atención básica a la población rural e indígena de las zonas más pobres y poco pobladas mediante un financiamiento a un paquete básico de servicios de salud, dentro del cual estaba previsto el acceso a cirugía ambulatoria y a rehabilitación, y también a unidades móviles que transportaban a médicos y enfermeras a las zonas remotas y de mayor marginalidad. Esas brigadas iban a las comunidades cada 15 días. Cuando se cumplía el recorrido en los tiempos previstos, se buscaba atender la demanda de 10 millones de personas sin acceso regular a dichos servicios de salud. Las intervenciones previstas en el PAC fueron establecidas en función de factores de riesgo, lesiones y enfermedades con tratamientos de alta efectividad y bajo costo, y se buscaba que fueran complementarias a las acciones esenciales que los servicios de salud descentralizados llevaban a cabo en los estados.

Para complementar al PAC se creó, en 1997, el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), dirigido a las familias en extrema pobreza bajo la estrategia de la corresponsabilidad, condicionando a las familias beneficiadas a un conjunto de obligaciones para lograr los beneficios. Las familias beneficiadas fueron identificadas por medio de entrevistas en las localidades o áreas más marginales del país, y con base en una técnica estadística multivariada para no contaminar subjetivamente la selección (Barrera S., 2002). El enfoque que prevaleció fue el de la individualización del pobre y de la pobreza, desvinculándola de sus condiciones estructurales. Por consiguiente, dicho Programa intentó mejorar la escolaridad de las madres y su poder en el proceso de decisión en el hogar, con la esperanza de disminuir el número de hijos, proporcionar una mejor atención y disminuir la violencia doméstica. Esa estrategia tomó expresión incorporando a la mujer como titular de los beneficios.

2. EL LEGADO DE LA POLÍTICA DE SALUD DEL GOBIERNO ZEDILLISTA EN LA PERCEPCIÓN DE LOS ACTORES

2.1. LA DESCENTRALIZACIÓN Y LOS DIRECTIVOS DE SONORA

En esa etapa de la descentralización fue posible percibir en la investigación realizada en Sonora que, por parte del estado, hubo un mayor margen de negociación con el gobierno federal en relación a la utilización de los recursos financieros, humanos y programáticos; es decir, una flexibilización pragmática y no programática, lo que se explica por la falta de recursos. No obstante, los directivos del sector salud de Sonora criticaron la baja autonomía de los estados y la falta de recursos financieros para concretarla, y demostraron tener muy poco conocimiento en cuanto al proceso de reforma en curso, como veremos a continuación.

De acuerdo con la perspectiva de estos dirigentes, la descentralización seguía siendo comandada desde el centro, de forma vertical, y dejaba poca autonomía a los estados debido a que: a) las decisiones en torno al presupuesto eran tomadas entre la SSA y la Secretaría de Hacienda Federal con base en gastos históricos; b) los recursos eran liberados cada mes o cada bimestre; c) los fondos que llegaban a los estados podían modificarse cuando se hacían ajustes al presupuesto federal, como resultado de negociaciones entre la

SSA y la Secretaría de Salud estatal y con base en el nivel de desempeño de los programas; d) la SSA mantenía el control de los recursos humanos, de su entrenamiento, y de toda la normatividad de los programas y del propio modelo de atención, incluso de programas prioritarios como vacunación, planificación familiar y salud reproductiva.

Así lo expresó uno de los directivos sonorenses:

*El centro (SSA) guarda para sí el control sobre la normatividad y la regulación, es quien define en qué se gastan los recursos, el cómo se gasta y los tiempos de uso y liberación de los mismos. Incluso, define el perfil de cada funcionario a ser contratado por programa y la capacitación de los mismos. Cuando es necesaria la capacitación, es efectuada por el centro, es el centro quién también decide los tiempos y el contenido de la capacitación.*¹⁰²

La falta de participación y de control de los actores estatales sobre el proceso de descentralización fueron elementos que permitieron una visión vertical de la misma. En ese sentido, encontramos, entre los directivos de Sonora reclamos en relación con: a) la ausencia de foros de participación menos mediatizados, como lo son las sesiones del Consejo Nacional de Salud, con los que llegar a acuerdos y romper con una relación paternalista y dependiente, y b) la falta de claridad del marco institucional del sector dentro del cual se desarrollaría el sector salud, su financiamiento, la relación con el sector privado y el modelo de prestación.

Los directivos de Sonora entendían que en los foros propuestos por la Secretaría las decisiones ya estaban tomadas o había un esquema a seguir, por lo que solamente se buscaba que el estado validara lo que ya estaba decidido. En cuanto a la perpetuación del sesgo paternalista, se mencionó que éste se manifestaba en la obstaculización por parte del gobierno federal de las iniciativas del estado, pretextando la incapacidad técnica de los funcionarios estatales.

Con respecto a la falta de claridad del marco institucional, un funcionario de salud sonorenses manifestó que:

[...] No queda muy claro qué es lo de la reforma, si la descentralización es parte o un componente de la reforma dentro del sector, igual que la de la seguridad social, y tal vez parte necesaria, pero yo las veo un poquito desdibujadas como

¹⁰² Entrevista n° 3a. Otros dirigentes locales compartieron esa visión.

*que no está muy claro para dónde van y creo que en el sector salud no tenemos una percepción muy clara de ese adónde van las cosas.*¹⁰³

En cierta medida, en mi investigación pude percatarme de que los funcionarios estatales tenían poca confianza en el gobierno federal. Según ellos, los federales no habían podido formular políticas explícitas ni establecer mecanismos para regular la calidad y precio de los servicios, y tampoco habían definido las responsabilidades de las aseguradoras; ni siquiera habían orientado la inversión para asegurar que hubiera una buena complementariedad entre las inversiones privadas y las públicas.

Uno de los puntos que más polémico resultaba en las discusiones era la posible privatización de los servicios. Algunos de los entrevistados manifestaron su interés por mantener un sistema predominantemente público:

*Mi trabajo siempre ha sido dentro del seguro social [...] yo no tengo militancia partidista y cuando me preguntan los reporteros cuál es mi partido yo les digo que el IMSS son las siglas de mi partido [...] En lo personal todos mis hijos siempre estudiaron en el sector público que marca un poco de mí, yo estoy convencido de que la administración pública tiene que redimensionarse y re-valorarse.*¹⁰⁴

Otros reconocieron que en México el sistema es mixto, y que el sector privado y el público están muy entremezclados. Sobre esto, las palabras del Secretario de Salud de Sonora resultan bastante expresivas y reveladoras:

*El sector privado es parte del sector asistencial, en la mañana estamos en las asistenciales públicas y en la tarde estamos en el sector privado, somos las mismas personas las que estamos en uno y en otro, y esto es una radiografía nacional, somos la mismas personas...*¹⁰⁵

Algunos sugirieron formas de ampliar el mercado privado para quienes pudieran pagarlo. Según el director del Hospital General del Estado, una de las formas de favorecer

¹⁰³ Entrevista n° 8a. La expresión paradigmática del aislamiento a que habían estado sujetas las fuerzas políticas regionales de la conducción de la reforma fue el total desconocimiento por parte de sus directivos locales del contenido del “Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000” de la Secretaría de Salud, publicado en marzo de 1996 en el *Diario Oficial de la Federación*, el cual se les dio a conocer por medio de una copia del documento que nosotros hicimos llegar a algunos dirigentes de los Servicios de Salud de Sonora.

¹⁰⁴ Entrevista n° 9a.

¹⁰⁵ Entrevista n° 5a.

al sector privado es obligar a los funcionarios de nivel técnico y superior a tener un seguro de gastos médicos complementarios, pues de ese modo no utilizan los servicios públicos y acuden al sector privado. De acuerdo con el mismo informante, otra opción es inducir a la ciudadanía a adquirir seguros privados, tal y como se hace en Estados Unidos de América, e imponer impuestos especiales a los individuos que desarrollen patologías por haber adoptado estilos de vida poco saludables.¹⁰⁶

Por otra parte, algunos entrevistados presentaron ejemplos que pusieron en entredicho que se pudiera establecer relaciones de confianza entre el sector público y el privado. Según la apreciación de un funcionario del IMSS, el sector privado buscaba maximizar sus beneficios a cualquier precio, induciendo la demanda innecesaria e incluso presionando de forma extraordinaria al sector público. Según este funcionario, la dirección del hospital CIMA “*consideró que el Seguro Social representaba un mercado potencial*” (de subcontratación), pero cuando el funcionario quiso contratar servicios se encontró con lo siguiente:

[El hospital Cima] *quiere ofrecer un contrato para la destrucción de cálculos renales [...] pero de repente me dicen: ya te voy a subir el arancel, ya no sirve el contrato anterior [...] y entonces saco cuentas y me conviene más pagar el avión a los pacientes para enviarlos a Tijuana, [que está a media hora de Hermosillo en avión] o a otro lugar [...], y entonces después de tres meses me bajan los aranceles y bueno, otra vez ya establecemos nuevamente contrato.*¹⁰⁷

Según este mismo informante, el sector privado intenta maximizar sus beneficios y para ello desprestigia a las instituciones públicas: “[...] *una parte del sistema magnifica los problemas de calidad del otro para atraer a los clientes*”.¹⁰⁸ En estos casos, el IMSS es siempre la institución blanco porque es la que ofrece servicios que para el sector privado pueden ser muy lucrativos. Otro problema que le ve al sector privado es que, con su excesivo ánimo de lucro, induce al uso innecesario de servicios de alta tecnología y crea expectativas en los derechohabientes que superan la capacidad del sector público mexicano. Para este informante, un país en vías de empobrecimiento, al que le queda mucho por hacer en el terreno de la medicina social, no puede permitir el crecimiento de ese tipo de

¹⁰⁶ Entrevista n° 10a.

¹⁰⁷ Entrevista n° 9a.

¹⁰⁸ Entrevista n° 9a.

demanda. Como ya lo habían hecho otros informantes, éste constató la falta de liderazgo en el nivel federal para definir una política de salud coherente: “*Faltan líneas claras y voluntades desde instancias políticas, técnicas y legales centrales [...] y que estas instancias entren en un acuerdo con relación a qué es un grupo de riesgo, cuáles son los problemas de salud pública a combatir [...] y podernos echar la mano*”.¹⁰⁹ Y afirmó que, si hubiera una dirección clara desde el nivel federal, los estados responderían. Como ejemplo citó la experiencia de las brigadas médicas que se formaron con personal de la Secretaría de Salud y del Seguro Social, y las cuales lograron llevar servicios a comunidades desprotegidas.

Es evidente que esta gran incertidumbre sobre el futuro del sector público limitó la capacidad de los directivos regionales para utilizar los recursos existentes con creatividad y para definir un plan de desarrollo sectorial estatal a largo plazo, aprovechando el poder decisorio limitado que habían adquirido con la descentralización.

Con respecto a los recursos financieros que acompañaron la descentralización, se argumentó que éstos fueron insuficientes para atender sus compromisos en un contexto de aumento de la demanda debido a la poca expansión de los servicios de seguridad social. Asimismo, señalaron que, en muchas de las actividades de prevención, se tenía que contar con el trabajo de la comunidad. Para los funcionarios de Sonora entrevistados, los problemas financieros del gobierno estatal habían aumentado en los últimos años, y como ejemplo se citó el déficit presupuestal en la nómina para el pago de los trabajadores y para el programa de rehabilitación; el rezago de pagos a proveedores de medicinas y al Hospital Materno-Infantil;¹¹⁰ y la falta de recursos para los programas de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud, principalmente en el caso del SIDA, el dengue y el cólera.

No obstante, los funcionarios entrevistados reconocieron que, en comparación con tiempos anteriores, los recursos para la salud pública habían aumentado en mayor proporción que los recursos para la atención médica debido a los programas especiales lanzados por la SSA en respuesta a la crisis económica, como por ejemplo: la

¹⁰⁹ Entrevista n° 9a.

¹¹⁰ Entrevista n° 7a.

obligatoriedad de proveer los servicios incluidos en el Paquete Básico (programa financiado en gran parte por el Banco Mundial- PAC) y el llamado Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá, iniciado en 1997 y dirigido a los grupos sociales identificados técnicamente en situación de pobreza extrema).

Asimismo, como los recursos no fueron suficientes, los directivos de la Secretaría Estatal de Salud reconocieron una tendencia creciente a conseguir aportes de las comunidades pobres, ya fuese a través del trabajo comunitario y/o de las cuotas de recuperación. Para uno de los entrevistados, eso *“hacia que los programas fueran inestables”*,¹¹¹ mientras que, para otro funcionario, *“las cuotas de recuperación limitan el acceso a los servicios, porque las familias no pueden llevar a todos sus hijos”*.¹¹²

En Sonora, esta forma de instrumentalizar la participación comunitaria a través de contribuciones económicas o de mano de obra generó algunas preocupaciones y controversias. El hecho de que la realización de una campaña, ya fuera de prevención del SIDA o de vacunación, dependiera de que se pudiera sacar dinero de la comunidad o de que la comunidad tuviera que buscar los recursos financieros para llevarla a cabo, fue identificado por algunos funcionarios como una barrera importante de acceso que perjudicaba la institucionalización de los programas. Para uno de los funcionarios entrevistados, se trataba de una perversión del concepto de participación. La viabilidad de muchos de los programas dependía de la comunidad, y, como los recursos no eran suficientes, se generó inestabilidad.¹¹³

El estado se valió de distintas estrategias para captar recursos de la comunidad. Además de las ya mencionadas: las cuotas de recuperación y la organización de grupos para dar servicios de limpieza, reparación y mantenimiento de la infraestructura de los centros de salud, etcétera,¹¹⁴ el estado indujo la formación de patronatos y de comités de salud. Los patronatos son organizaciones de voluntarios que aportan recursos para la realización de actividades concretas, desde la organización de jornadas para pagar tratamientos médicos a personas que carecen de recursos. Los comités de salud se encargan de dar mantenimiento a

¹¹¹ Entrevista n° 3a.

¹¹² Entrevista n° 4a.

¹¹³ Entrevista n° 3a.

¹¹⁴ Entrevistas n° 3a y n° 4a.

la infraestructura o contribuyen directamente al financiamiento e implementación de algunas actividades, como por ejemplo, a las campañas de vacunación mediante la preparación de comidas. En las palabras del Secretario de Salud:

Cada cual en su proporción ayuda, puede ser desde un peso hasta mil pesos, pero cada cual tiene que contribuir con su esfuerzo y ayuda. En Palma, una persona puede dar mil pesos al comité en una fecha fija y en otro lugar sólo se les pide un peso porque no tienen nada. (Entrevista n° 5a)

Otro reto que tenía que enfrentar la Secretaría de Salud de Sonora fue que, como resultado de la crisis económica, quienes perdieron el seguro social médico al perder su empleo, y quienes ya no pudieron pagar por los servicios privados, tuvieron que acudir a la Secretaría en busca de servicios. Además, en Sonora, como en muchas otras partes del país, la oferta de servicios de seguridad social no aumenta a la misma velocidad que el número de derechohabientes, y se estima que 30% de los servicios otorgados por la Secretaría estatal se destinan a los derechohabientes que no gozan de acceso oportuno a los servicios de salud del IMSS. Uno de los entrevistados mencionó que algunos de los que cuentan con seguro privado acuden a salubridad cuando un servicio no está previsto en sus contratos.¹¹⁵

Esta dinámica lleva a la saturación de los servicios de la Secretaría, la cual, a pesar de esforzarse por mantener la calidad de los servicios, se ve limitada por la falta de recursos para enfrentar la avalancha de problemas. Además, los entrevistados manifestaron poca confianza en la posibilidad de que la Seguridad Social compense a la Secretaría Estatal por los servicios prestados a la población asegurada.

Para uno de los entrevistados, la falta de coordinación interinstitucional hace que no se pueda maximizar la utilización de los recursos. En una situación de escasez, una mayor coordinación interinstitucional redundaría en un uso más racional de los recursos existentes. Otros entrevistados expresaron ideas semejantes e incluso sugirieron que la fragmentación sectorial se debe a la actitud de los directivos del sector salud:

Cada institución está preocupada con su propia sobrevivencia, busca salir de sus problemas para garantizar su propia continuidad [...] las políticas de

¹¹⁵ Entrevista n° 8a.

*cooperación intersectorial son letras muertas o virtuales debido a que ninguna institución está dispuesta a poner ni un centavo. (Entrevista n° 3a)*¹¹⁶

Informantes tanto de la Secretaría de Salud de Sonora como del IMSS de Sonora, argumentaron que la Secretaría de la Contraloría estatal (SECODAM) utiliza procedimientos jurídicos rígidos que dificultan cualquier innovación en la gestión del sector. Como ejemplo de ello señalaron que no se puede firmar un convenio entre el IMSS regional y la Secretaría de Salud del Estado para un intercambio de servicios sin que antes se elabore un contrato en el que se especifique el costo económico de los servicios que se intercambian. De acuerdo con un directivo de la Secretaría de Salud, es importante que los seguros sociales compensen a la Secretaría por los gastos incurridos al dar servicio a sus derechohabientes, ya que, como se mencionó, las instituciones de seguridad social no han expandido la oferta de servicios y muchos de sus derechohabientes acaban siendo atendidos por la Secretaría. El funcionario lo explicó de la siguiente manera: *“El 30% de la población derechohabiente demanda cercanía de servicios [...] y no hay ningún mecanismo de convenio y-o de colaboración [...] y la gente va a los servicios de la Secretaría de Salud y nuestro presupuesto viene muy amarrado”*. (Entrevista n° 4)

También se hizo referencia a la descentralización como un proceso inacabado que, al igual que la primera etapa, se programó para que se limitase a ser una descentralización a medias, ya que la responsabilidad de implementar los programas definidos por la SSA federal fue transferida, pero sin que se transfiriera el control sobre el personal. En las palabras de un funcionario de Sonora: *“Fueron cambios virtuales. El programa de paludismo antes dependía del centro, ahora del estado, pero con la gente que ya estaba aquí y siguió estando aquí”* (entrevista n° 3).

Este mismo funcionario cuestionó la ausencia de cambios importantes en el organigrama de la Secretaría de Salud a nivel federal: *“[...] y cuando se dio el cambio y dijeron, bueno lo normativo se queda aquí y lo operativo se va para allá, allí debió de haber habido un cambio en la gente también; si ya no va a ser operativo y va a ser normativo ¿para qué quieren tanta gente?”*.

¹¹⁶ Visión compartida por otros directivos regionales.

Otro aspecto que, según los entrevistados, ejemplifica la parcialidad de la descentralización es que la normativa de la mayoría de los programas sigue estando en manos del gobierno federal, aunque se señala que Sonora ha invertido en la capacitación de recursos humanos para poder asumir esas funciones. En las palabras del Director de Servicios de Salud:

Las informaciones que se manejan en el aspecto normativo las define la Secretaría de Salud [Federal] y es ella la que marca las directrices en cuanto a la información que se va a manejar en los programas. Nosotros incluimos algunos de los problemas que son locales, por ejemplo, vigilancia epidemiológica del efecto de los plaguicidas en la salud [...] pero para el resto de los programas [de recolección de información], por ejemplo las enfermedades prevenibles por vacunación, son formatos diseñados por México en los que nosotros hacemos estudios y le damos algún estilo propio de acuerdo a la capacitación o al personal de que dispongamos en cada uno de los locales. Nos hemos preocupado por cursos de capacitación”. (Entrevista n° 8a)

Según un funcionario, a pesar de estas restricciones, en la etapa actual la Secretaría de Salud federal ha dado mayor flexibilidad a la utilización de los recursos financieros. Se trata de una autonomía relativa que él considera fue propiciada por la falta de recursos, y la cual ha permitido negociar con el ámbito federal cambios de los rubros del presupuesto y una mayor participación en las compras consolidadas de medicamentos. Otro avance se ha dado en el área de recursos humanos. En México, la adjudicación de plazas en el sector salud se negocia con los sindicatos; lo mismo sucede con las promociones y despidos. El sindicato de los trabajadores de origen federal de la Secretaría de Salud se opuso a la descentralización, y como sindicato permanece centralizado. Lo que se ha conseguido es que las negociaciones que afectan a las plazas de origen federal y que ahora están administradas por las Secretarías Estatales de Salud se hagan entre los Secretarios de Salud de los estados y los jefes sindicales estatales. Es decir que, en la práctica, los estados pueden nombrar y contratar al personal que ocupará las plazas que paga el gobierno federal, pero lo que no pueden hacer es reconvertir las plazas existentes o crear plazas federales nuevas: “*Ya se contrata, se nombra y se remueve libremente al personal. Los problemas laborales se resuelven aquí en el estado, es decir, el estado pasa a ser el patrón de los trabajadores”*. (Entrevista n° 8a)

En 1997, los Servicios de Salud de Sonora tenían un reglamento interior que reconocía nueve direcciones generales que, a su vez, se subdividían en subdirecciones, departamentos, oficinas y centros. En el proceso se creó el Consejo Estatal de Salud del Estado de Sonora, en 1998, y su primera asamblea tuvo lugar al año siguiente. Este organismo fue presidido por el Gobernador del Estado, teniendo como vicepresidente al Secretario de Salud, además de un secretario técnico, consejeros e invitados de organismos públicos, privados y sociales, así como representantes de colegios de los profesionales de la salud. Su función era asesorar al Secretario de Salud y facilitar la negociación interinstitucional.¹¹⁷ Uno de los compromisos adquiridos por el Consejo Estatal de Salud durante su primera reunión, a principios de 1999, fue formar la Comisión Estatal de Arbitraje Médico “*para resolver las denuncias, según el secretario técnico del consejo, amistosamente, de buena fe, sin llegar a asuntos penales de ninguna especie entre la población usuaria y los servicios, llámense públicos o privados*”. (Entrevista n° 6a)

Otro aspecto de la segunda descentralización, que no se dio en la primera y que se ha evaluado como positivo por los entrevistados, fue la creación de la primera Comisión de Asistencia Pública y Salubridad de la legislatura del Estado. Su creación se considera importante porque, a medida que avanzaba la descentralización administrativa del poder federal, los poderes legislativos estatales pudieron constituirse en un foro importante de discusión y definición de políticas, en especial después de las elecciones de 1997, cuando ninguno de los tres partidos logró la mayoría. La Comisión pudo presionar para que se modificara la Ley de Coordinación Fiscal y aumentaran las aportaciones del Estado para la salud.¹¹⁸

¹¹⁷ Participaron como consejeros ocho representantes del sector público (cuatro de las instituciones de seguridad social –el director regional noroeste y el delegado estatal del IMSS, el delegado estatal del ISSSTE y el director general del ISSSTESON–, el director del DIF-Sonora; los directores del Hospital Regional Militar y del Hospital Naval; y el delegado estatal del Instituto Nacional Indigenista), seis representantes de la sociedad (dos de la Cruz Roja –su delegado estatal y el presidente del patronato de Hermosillo–, el presidente de la Federación Médica de Sonora; el presidente de la Primera Comisión de Asistencia Pública y Salubridad del Congreso del Estado y dos representantes del sector privado: el presidente de la Asociación de Hospitales Privados y el presidente de la Junta de Asistencia Privada).

¹¹⁸ El 29 de diciembre de 1997, el H. Congreso de la Unión aprobó el decreto que adicionaba y reformaba la Ley de Coordinación Fiscal que institucionalizaba la figura de aportaciones federales a las entidades federativas y a los municipios. Con base en dicha reforma los recursos se transfirieron a los estados a partir de 1998 mediante un fondo específico denominado Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA),

Los recursos estatales permitieron que la Secretaría de Salud propusiera y llevara a cabo políticas propias. Un ejemplo de ello fue la creación del Laboratorio de Salud Pública, el cual fue financiado con recursos locales. La contraloría estatal y la legislatura llevaron a cabo auditorías fiscales, revisaron las cuentas, la aplicación de los recursos y su distribución a los municipios, así como el cumplimiento de los compromisos adquiridos con cada localidad.

A pesar de las limitaciones arriba mencionadas, el Secretario de Salud de Sonora, el doctor Robles Negrete,¹¹⁹ avaló en una entrevista realizada en 1999 que el proceso de descentralización había avanzado y estaba casi completo (95%); según él, lo que faltaba era tener el control de los salarios y de los recursos humanos. Como se ha visto, la percepción y vivencia de sus subordinados era muy diferente.

2.2. EL SALUBRISMO DE IZQUIERDA Y EL PROGRAMA DE REFORMA DEL GOBIERNO ZEDILLO: UNA PROPUESTA DE MERCANTILIZACIÓN DE LA SALUD

Los salubristas se percataron de que la reforma del sector salud de la administración Zedillista estaba siendo promovida por el Seguro Social. Para ellos, la Reforma del Sector Salud y de los servicios de salud tenía su centro en la reforma a la Ley del Seguro Social, pues, por un lado, consideraban a los institutos de Seguridad Social como el pilar del sistema de bienestar social del Estado mexicano, por su carácter integral y porque encarnaban un compromiso solidario y redistributivo. En consecuencia, reformar la Ley del IMSS era un elemento clave para cualquier reestructuración de la política social. Asimismo, consideraron que lo que estaban haciendo era “poner las bases para la mercantilización de

el cual se estableció dentro del ramo 33, “Aportaciones Federales a Entidades y Municipios”. Para más información, véase Ares de Parga, R., 2001: 63.

¹¹⁹ El Secretario de Salud nombrado por el gobernador electo en 1997, el doctor Manuel Robles Linares Negrete, al igual que muchos otros miembros de su gabinete, era un médico que actuaba en la clínica privada y también un político. Fue por esta última actividad y no por sus dotes como médico por lo que fue nombrado Secretario. Había sido el coordinador de la campaña electoral del gobernador electo, el Lic. Armando López Nogales, integró la comisión de entrega del gobierno y luego fue invitado a ser el Secretario de salud. Robles Negrete tenía una larga carrera política, había sido presidente del PRI de Hermosillo en 1980, después diputado local, luego federal, y fue dirigente estatal de la Confederación Nacional de Organizaciones Populares (CNOP) mientras se desempeñaba como médico en diversas instituciones del sector salud. Entrevista con el doctor Robles Negrete en febrero de 1999 (en adelante me referiré a ella como Entrevista n° 5a).

la salud y abrir el acceso del sector privado a los fondos de salud de la seguridad social y a sus hospitales de especialidad” (Laurell, 2001: 82). Por deducción, la segunda parte de la reforma de salud, que concierne a la Secretaría de Salud y a la población abierta, “obedece a la misma concepción que la de la seguridad social y es su complemento necesario” (Laurell, 2001: 97).

La Dra. Laurell, en diversas apariciones públicas y en sus escritos, observa que el “*Programa de reforma del sector salud* (1996) es una copia bastante fiel de la propuesta del Banco Mundial *Invertir en salud* (1993)” (Laurell, 2001: 80), lo que para los salubristas perredistas era ya una señal suficientemente clara de sus pocas posibilidades y alcances para hacer frente a los problemas de salud-enfermedad-atención de la población mexicana. En parte, porque consideraban que la propuesta se basaba en principios diferentes de los que dieron origen a las instituciones de salubridad y asistencia; y también porque su modelo de intervención en los problemas colectivos de salud privilegiaba acciones que carecían de una visión integradora de la realidad, y porque apoyaba sus intervenciones en modelos cerrados, basados en esquemas contables sin muchos vínculos con la realidad nacional.

En consecuencia, la Dra. Laurell se opone al discurso de “cobertura universal” a través del acceso a un “paquete básico de salud” y al concepto de equidad basado en el acceso igualitario dado su carácter restrictivo y discrecional. Reconoce que la reforma en la SSA avanza más rápido porque “no lesiona derechos tan claramente definidos como los de la población asegurada, ni involucra directamente agentes económicos privados”.

Asimismo, no ve con buenos ojos la descentralización, pues, para ella, está siendo procesada sin considerar los problemas previos y en un contexto de hipercentralización del poder ejecutivo y de poco poder de los estados. Argumenta que se trata de una descentralización de naturaleza administrativa con la que el gobierno federal busca reducir sus responsabilidades financieras y que, por lo tanto, incrementará la desigualdad entre los estados más ricos y los más pobres, los cuales seguirán dependiendo del recurso federal (Laurell, 2001: 31).

2.3. LOS NEOSALUBRISTAS Y LOS CAMBIOS EN EL ÁMBITO DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Los neosalubristas expresaron cierto temor en cuanto a las futuras posibilidades de la Secretaría de Salud para asumir el papel rector y con respecto al alcance del paquete básico en ejercicio.

El representante de Funsalud presentó en entrevista tres tipos de problemas relacionados con la actuación de la Secretaría de Salud, teniendo presente la estrategia de puesta en práctica del modelo de Pluralismo Estructurado. Los dos primeros problemas están íntimamente relacionados y se refieren a la descentralización y a la constitución de la Secretaría de Salud en Autoridad Sanitaria. El tercer problema es la concepción de paquete básico en vigor.

Con respecto a los dos primeros problemas, en opinión del representante de Funsalud, la Secretaría de Salud se ha visto muy lenta en el proceso de descentralización; condición necesaria para la separación de funciones y para hacer de ella la autoridad sanitaria que desempeñe una función de reguladora.

De acuerdo con él, esa lentitud se expresa en la demora para crear las instancias jurídicas estatales que deberán responder por los Servicios Locales de Salud, lo que hace que la Secretaría de Salud pierda oportunidades, en particular, relacionadas con ocupar un nuevo papel, el de reguladora y articuladora del sistema de salud. En sus palabras:

La Secretaría de Salud necesita desembarazarse de la carga directiva que representa la prestación directa de servicios para ocuparse más de las funciones estratégicas de conducción del sistema en su conjunto y de la regulación ya más específica de lo que pasa con la nueva reforma a la Ley del Seguro Social, con la reversión de cuotas y sobre estas nuevas formas privadas que no sólo están surgiendo, sino que van a seguir surgiendo cada vez más entrevista 9.

Según su parecer, urgía a la Secretaría de Salud “poner las reglas del juego para que el Seguro Social entre a jugar junto con esas nuevas entidades que van surgiendo” entrevista 9. Con esto, el representante de Funsalud estaba haciendo referencia a la necesidad de crear las Instituciones de Servicios Especializados en Salud (las ISES), agentes centrales de la propuesta de reversión de cuotas y de crecimiento del sector privado en la prestación de servicios. Las ISES fueron reguladas en las postrimerías del gobierno de Zedillo, cuando Juan Ramón de la Fuente ya no era el Secretario de Salud.

No obstante, el representante de Funsalud consideró que lo que se estaba haciendo en la Secretaría de Salud iba en la dirección correcta. Un indicador que presentó para confirmar su evaluación fue la reorganización de la Secretaría, en la que se concentró, en una sola área operativa (la Subsecretaría de Control y Prevención de Enfermedades), toda una serie de programas que requieren de una escala de operación, y que son problemas caracterizados como típicamente trans-estatales. Desde su punto de vista, esa Subsecretaría, a largo plazo, puede transformarse en un organismo más operativo, incluso descentralizado, fuera de la estructura central de la Secretaría, como una instancia autónoma; y predijo: *“En ese momento la Secretaría de Salud va a estar en condiciones de ejercer su función estratégica de conducción del sistema en su conjunto y de regulación”* entrevista 9.

Con respecto a ese nuevo papel de la Secretaría de Salud, el entrevistado consideró que, a largo plazo, podría haber un conflicto con el IMSS, pero cree que la tendencia es que el IMSS acepte estos cambios como parte de la reforma del Estado, definida para el ámbito del sector salud como el cambio de funciones de las instituciones de salud. En dicho cambio de funciones, el Seguro Social pasó a ser uno de los jugadores, y en su entendimiento, *“el seguro social no puede estar poniendo las reglas si él es un jugador”* entrevista 9.

El neosalubrista del CEDESS que momentáneamente se pone la “camiseta del IMSS” no piensa igual en cuanto a la capacidad de regulación de la Secretaría de Salud frente al IMSS. Para él, será el IMSS el que regule el mercado de servicios médicos puesto que goza de mucho más poder que la Secretaría de Salud, ya que cuenta con los recursos, y estará comprando servicios del sector privado y será el mayor comprador. En sus palabras: *“Si soy la Secretaría de Salud y emito una norma sobre un servicio y uno la tiene que cumplir, pero si aparte el Seguro Social exige otras cosas sobre el mismo servicio, sino no contrata, entonces el IMSS tiene un poder real mucho mayor de regulación de mercado que la Secretaría”* entrevista 8.

Frente al Paquete Básico, la postura del Dr. Frenk es de crítica, postura que comparte con el neosalubrista del CEDESS. Para ambos, la propuesta del gobierno tiende a reducirse a un paquete de servicios básicos, y el temor está en que su puesta en práctica acabe produciendo una idea de lo *“mínimo para los pobres”* y refuerce la segmentación,

“porque lo que está haciendo es dar verdaderamente lo menos que se pueda a los pobres” (entrevista n° 9).

En este sentido, Frenk reivindica el paquete de servicios básicos propuesto por Funsalud, el cual, en su opinión, es más amplio y justo. Sobre esa misma línea, el neosalubrista del CEDESS defiende la idea de un paquete básico como una estrategia de focalización que debe permitir que las prioridades locales se cumplan. Eso quiere decir que los servicios deben continuar funcionando igual y que deben existir recursos para atender a las necesidades locales y a las demandas libres de atención, canalizándolas al segundo y tercer nivel de atención. A su entender, a la gente que va a los servicios hay que darle una respuesta, pues, de no hacerlo, no regresan. En sus palabras:

Lo que nosotros vimos es que la gente no va a los servicios por las cosas que están en el paquete básico. La gente va a los servicios por las cosas que lo molestan. Una cosa es lo que se ideó en el paquete básico y otro tipo de elemento, es la demanda de servicios, y otra, porqué la gente está muriendo. La gente muere por los problemas de corazón, la gente va por problemas dermatológicos y ahí, de alguna manera, se les tiene que dar el servicio, pero va a haber una responsabilidad de cada jefe de jurisdicción de los estados para ampliar las fuentes de financiamientos, para no quedar en el paquete básico y resolver las principales demandas de la población (entrevista 8).

Desde su punto de vista, lo que falta son recursos para garantizar la atención integral, y éstos deben salir del ámbito local.

Asimismo, critica la verticalidad del paquete básico de la Secretaria de Salud. Según él, las áreas centrales no sólo determinaron cuáles serían las 12 intervenciones, sino que también determinaron su logística, lo que significó que es el nivel central el que manejará los recursos humanos, la capacitación y el material, y decidirá a quiénes capacitar, en qué y cuándo.

El ex director de Funsalud reconoce que el universo de los adeptos a la idea de un paquete básico no es monolítico, e identifica diferencias que se expresan tanto en el plano ideológico como en el técnico. En el plano ideológico, las diferencias se expresan en *“los valores que están detrás de la definición de paquete básico”* (entrevista 9). Para ellos, la regla que orienta la definición de un paquete básico es la de garantizar *“lo mejor para todos”*, y la puesta en práctica de esa regla debe tener consecuencias sobre cómo se da el

uso final de los indicadores de costo-efectividad. De ahí que para ellos la idea no sea un paquete básico y sí lo que la sociedad está dispuesta a pagar. Esa discusión es, para él, una cuestión política. Así lo expresó:

Estas son discusiones que no tienen una solución técnica, son discusiones políticas, ideológicas en el buen sentido y que corresponden a la sociedad en su conjunto. ¿Qué queremos que el sistema de salud haga? ¿Va a usar nada más que la prevención de la muerte? ¿Con eso nos conformamos? Aquí está metido el tema de cuál es el objetivo: el objetivo es prevenir la muerte, si es aliviar el dolor, si es promover la salud positivamente (entrevista 9).

La propuesta de paquete esencial, como lo explica el ex director de Funsalud, buscó ser la versión actualizada de la idea de la universalidad que orientó el desarrollo del sistema de salud en México en el transcurso del siglo XX sobre la base de las ideas que surgieron en la posguerra. La visión tradicional propone: “*todo para todos*”, y la idea de paquete esencial es la de garantizar lo que “*todos deben tener*” o “*lo mejor para todos*”, y no solamente para los pobres, como piensan algunas personas del gobierno. En ese marco, el paquete básico es entendido como un piso al que todos los mexicanos tienen acceso.

Además, reconoce que el paquete esencial es parte de una estrategia más amplia para promover la ciudadanía social, entendida como un derecho de las personas. Y explica: “*así como hay una ciudadanía cívica y una ciudadanía política, hay una ciudadanía social que tiene como componente medular la regla de ‘lo mejor para todos’*” (entrevista 9).

La base para redefinir la ciudadanía social a partir de un paquete esencial descansa, según el entrevistado, en la constatación empírica de que nunca se puede dar “*todo para todos ni en los lugares más ricos del mundo conforme se ha idealizado en la posguerra*” (entrevista 9). En su visión de ciudadanía, la decisión acerca de a qué tienen derecho los ciudadanos, debe partir de una base que es el reconocimiento de que siempre habrá racionamiento, y sobre esto explica que: “*las necesidades en salud intrínsecamente son infinitas y los recursos nunca son infinitos*” entrevista 9. Frente a esa “inevitabilidad”, incuestionable para él, y a partir de la cual se definen los derechos de los ciudadanos, sugiere que lo mejor es racionalizar a partir de “*una base científica, que es éticamente defendible sobre la base de criterios de costo-efectividad y aceptabilidad social*” (entrevista 9).

Por ello, considera que es en la definición del contenido de un paquete básico –el cual, según su punto de vista, es técnico y no político puesto que hay una inevitabilidad que obliga a aceptar la política de paquete–, donde surgen las principales diferencias frente a la propuesta del gobierno. Esa diferencia se expresa en el uso que el gobierno le da a la metodología de cálculo de costo-efectividad. En la percepción de Funsalud, según el entrevistado, el gobierno se vale de esa metodología como una *“herramienta tecnócrata y no como un criterio de racionamiento transparente”* que debe de ser revisado y criticado por todos. Como consecuencia del uso indebido de la tecnología de costo-efectividad, Funsalud presenta el contenido de los paquetes y las diferencias en la amplitud de las intervenciones.

De acuerdo con el entrevistado, la propuesta del gobierno se limita a hacer solamente lo que tradicionalmente hacen las instituciones médicas, sin considerar que *“la salud no es un sector de la actividad gubernamental o privada, sino que es un objetivo social [...] donde todos los sectores intervienen en ella”* (entrevista 9).

Así pues, en su argumentación hubo un reclamo por la apertura de un debate para que la sociedad pudiera definir cuánto estaba dispuesta a gastar en salud, es decir, para compartir gastos una vez que la cuota correspondiente a principios universales ya no estuviera asegurada. Ese es el consenso que reclamó como necesario. Cuando se llegó a la cuestión de cómo distribuir los recursos y qué servicios se debían prestar, ésta no fue tomada en cuenta como parte de la discusión. La eficiencia de la distribución basada en la lógica utilitaria, que orienta la teoría del costo-beneficio, tomó el lugar de la política como si fuera posible no tener en consideración las necesidades expresadas por los individuos, y, además, obtener todos los datos posibles y consistentes para la toma de decisiones.

3. EL LEGADO DE LA REFORMA ZEDILLISTA PARA EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD Y PARA LOS GRUPOS DESFAVORECIDOS POR EL DESARROLLO

Al final del período del presidente Zedillo, México seguía sin resolver el problema de acceso al sistema de salud y de cobertura de los servicios de salud para la población pobre. El sistema seguía estando fragmentado por múltiples instituciones prestadoras de servicios que se superponían entre sí, provocando una duplicación de cobertura y, al mismo tiempo,

una falta de cobertura para los grupos más vulnerables. En consecuencia, la falta de coordinación continuó dificultando la maximización de los recursos existentes, sólo que ahora en un escenario de indefinición, con respecto a la configuración del sector, y de presión social y política.

El modelo de atención para la población pobre, aunque definido a partir de un concepto de salud que incorporaba virtualmente lo social en su determinación, estuvo restringido y limitado en sus acciones a la atención básica, centrada en la vacunación, la planificación familiar, el control de diarreas y enfermedades respiratorias. Se trató de un Paquete básico para la población pobre, independientemente de si vivía en Chiapas o en Sonora; Oportunidades para otro conjunto de pobre formaba el conjunto de servicios de base asistencial que, en última instancia, acude a las casas y centros de salud para ser atendida por pasantes de medicina o agentes comunitarios, al lado de las instituciones de seguridad social para otro conjunto y de un sector privado moderno atomizado y en crecimiento para quienes podían pagar.

En el 2000, de acuerdo con Martínez G. (2005: 118), los gastos totales en salud fueron de 430 000 millones (alrededor de 41 000 millones de dólares). El sector privado recibió aproximadamente el 53% de los gastos (la mayor parte de bolsillo), los programas de salud de la seguridad social gastaron 30% del total del gasto en salud y 63% de los recursos públicos del renglón. La Secretaría de Salud federal y las estatales respondieron por 14% de los gastos totales y por 30% del gasto público.

Sin embargo, el sector privado cubrió, en promedio, a 2 400 000 asegurados (2% de la población), de los cuales más del 65% eran derechohabientes del IMSS. Esa población asegurada representaba alrededor del 50% de los ingresos a hospitales privados de 50 o más camas. Para ese entonces, la meta del sector asegurador era llegar a 9 000 000 de asegurados, para lo que esperaban quitar 20% de los asegurados del IMSS (Angulo Meade, 2001; Torres Olmos, 2001: 73). Controlando esa franja del mercado esperaban pagar 800 000 hospitalizaciones y duplicar la estructura privada de hospitales de más de 50 camas (Angulo Meade, 2001: 62).

Para entonces, el presidente Operativo de Plan Salud, vinculado con Médica Sur, argumentaba que:

Los fundamentos originales para contemplar el monopolio del Estado como único ente responsable, para imponer una cultura obligatoria de cotizaciones para la protección de la salud de los trabajadores, se basan en la ignorancia de un pueblo que precisaba un paternalismo, aunado a patrones negligentes y sindicatos desorientados. Estas épocas se han pasado en todos los frentes, y hoy debemos enfocar las necesidades de las personas por encima de las pretensiones de los burócratas (Braun Brunet, 2001: 51).

A su vez, el IMSS cubría sólo 33% de la PEA, y la no asegurada llegaba a 55% (Banco Mundial, 2004b), representando en el 2000 a casi 68 millones de personas no cubiertas por la seguridad social (CISS, 2003: 165).¹²⁰ De acuerdo con la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social para los años 1996 y 2000, antes y después de la reforma, del total de trabajadores que en el año 2000 se encontraban en el quintil 1, sólo 4% estaba cubierto por el IMSS y 1% por otros aseguradores públicos. Mientras que, para el quintil 5, el 43% de los trabajadores estaban cubiertos por el IMSS y 21% por otros seguros públicos. Los datos también indican que, entre 1996 y el 2000, hubo una reducción en el porcentaje de trabajadores cubiertos en los quintiles 1 y 2, mientras que hubo un aumento de cobertura para los quintiles 3, 4 y 5 (CISS, 2003: 168-169).

Estos datos indican que no hubo un crecimiento del mercado de aseguramiento privado y que el nuevo esquema de aseguramiento previsto en la Ley del Seguro Social (Seguro de Salud para la Familia) no se expandió conforme lo esperaban sus promotores, en parte porque se trató de un seguro igual a cualquier seguro privado con una prima alta para determinados grupos sociales. Las modificaciones de los trabajadores y de los empresarios en la distribución de las contribuciones del gobierno, introducidas por la reforma del IMSS para mejorar el mercado de trabajo y su cobertura, significaron un aumento de la contribución estatal, pasando de aproximadamente 5 a 30%, siendo que las aportaciones obrero-patronales se redujeron de 90 a 65% entre 1996 y 1998, por lo que no impactaron la cobertura (CISS: 2003: 164). A pesar de la obligatoriedad legal de la afiliación y de las promesas de la reforma de hacer frente a ese problema en el 2000, el 59.8% de los trabajadores del sector privado no estaban cubiertos por el IMSS (CISS, 2003: 166).

¹²⁰ Estas cantidades estimativas pueden variar según la encuesta y la metodología utilizada.

En conclusión, se puede decir que la reforma implicó una disminución de la cobertura en el sector agrario, lo que indica que no se hizo pensando en el mercado laboral mexicano ni en una respuesta a las cuestiones de inequidades existentes entre la población potencialmente asegurada.

A pesar de lo que se dijo en los discursos oficiales sobre las intenciones de la reforma en relación al déficit financiero y de cobertura, hubo un incremento de los recursos fiscales de 25% del total (para el financiamiento del seguro de enfermedades y maternidades). En 1996, el gasto fiscal per cápita destinado al IMSS correspondía a 99 pesos (en pesos del 2000), y en el 2000 aumentó a 806 pesos (CISS, 2003: 165, 169). Si se compara con el gasto fiscal en la población no cubierta por la seguridad social, la situación es más trágica: antes de la reforma en el IMSS el gasto per cápita era mayor que el de los asegurados (378 pesos), pero después de la reforma este gasto fue menor (de 658 pesos) (CISS, 2003: 170). Es decir que, el gasto per cápita en salud para la población abierta sigue siendo no sólo menor al gasto per cápita de quienes cuentan con seguridad social, sino que el gasto pasó a una tendencia regresiva en términos absolutos.

TABLA 6
GASTO FISCAL PER CÁPITA SEGÚN COBERTURA (PESOS DEL 2000)

Año	IMSS	Población abierta
1996	\$99	\$378
2000	\$806	\$658

Fuente: IMSS, Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de la Salud, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, México 2002 y ENESS (2000), citado por CISS, 2003.

Los datos también indican, inequidades en el gasto fiscal y público en salud (CISS, 2003: 169-170). De acuerdo con el documento citado, “el origen de las inequidades proviene de la diferencia en el gasto entre las poblaciones cubiertas y no cubiertas, y de la desigual distribución geográfica de los recursos destinados a la población abierta por los

gobiernos estatales”. Además, al analizar la cobertura estimada por quintil de ingresos según datos de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social para los años de 1996 y 2000, es decir, antes y después de la reforma del IMSS, encontramos que: a) los trabajadores en el quintil V (20% de los hogares de mayor ingreso) tienen 24% más de probabilidad de estar contribuyendo al IMSS que uno en un quintil I; esto es, que los trabajadores en hogares pobres (quintil I) gozan de menor cobertura en relación a los hogares con ingresos más altos; b) que cuando la mujer es jefe de hogar, disminuye su probabilidad de estar cotizando al IMSS en relación al varón. El propio IMSS estima que en el 2001 existían alrededor de 10 millones de trabajadores en riesgo de llegar a la edad de retiro sin tener derecho a una pensión (CISS, 2003: 168).

Las diferencias en la asignación de la inversión pública en salud se suman al conservadurismo del gasto nacional en salud. Éste continuó bajo, aunque hubo una entrada de recursos provenientes de préstamos. Para el 2000, el gasto nacional per cápita fue de 483 dólares corrientes y representó alrededor de 5.4% del PIB, permaneciendo muy bajo en relación a otros países de la región del continente americano con el mismo nivel de desarrollo, como por ejemplo Uruguay (10.9%), Argentina (8.6%), Brasil (8.3%), Chile (7.2%), Costa Rica (6.4%) y República Dominicana (6.3%) (OCDE, 2005: 33-34; CISS, 2003: 131). En la región, México es uno de los países con mayor gasto privado en salud.

Es preciso tomar en cuenta que la proporción del gasto total en salud financiada con recursos públicos aumentó un poco en relación a 1990, en parte debido a la reforma del IMSS. Sin embargo, el sistema continúa desfinanciado, el gasto público en salud es de aproximadamente 2.1% del PIB, se gastan mal los recursos y se reproduce la desigualdad social existente en el país: el gasto privado se da, en gran parte, por pago de bolsillo debido a que el mercado de aseguramiento es muy pequeño (en el 2002 era de 3%), la existencia de las cuotas de recuperación de los establecimientos de la Secretaría de Salud y de los estados se aplican en función del ingreso, y por la falta de abasto de medicamentos en los establecimientos públicos. Es sobre los hogares con ingresos más bajos (los cuales conforman la población abierta) donde recae la mayor proporción del gasto de bolsillo; este es uno de los problemas que los neosalubristas detectaron en sus investigaciones y que dijeron que cambiarían con la reforma por ser injusto.

De todas maneras, la OECD reconoce que durante la década de los noventa se amplió la cobertura a través de la introducción de un paquete básico para la población rural, aunque no fue suficiente (OECD, 2005: 59). Juan Ramón de la Fuente (2001: 12) afirma que, entre 1995 y 1999, entraron al sistema más de 16 millones de mexicanos, los cuales recibieron cobertura con servicios básicos.

Todavía persisten serios problemas estructurales que dificultan el acceso: el problema de la mala distribución geográfica de la oferta de los servicios de las Secretarías de Salud estatales, de transporte para llegar al centro de salud, y el co-pago que, aunque sigue siendo bajo para determinados procedimientos, puede afectar a esa población debido a otros gastos que deben hacer para acceder al centro de salud. Además, en los centros de salud rurales, el recurso médico más importante sigue siendo el de los graduados jóvenes que prestaban su servicio social, ya que, aproximadamente el 80% de los médicos y de las médicas del sector público labora en zonas urbanas. El IMSS continúa absorbiendo la mayor parte de los médicos y de las médicas empleados en el sector público (OECD, *op. cit.*: 63-64).

Tampoco se resolvió la cuestión de la oferta en los hospitales, la cual continúa siendo insuficiente –a pesar de que las estadísticas oficiales indican una mejoría–: una cama para atender casos agudos por cada 1 000 habitantes. Además, el IMSS continúa operando la mayor parte de los hospitales generales, aunque el número de hospitales de tercer nivel de atención que opera es menor al de los financiados por los gobiernos de la federación y los estados (OCDE, 2005: 61). A su vez, nada se hizo para combatir la heterogeneidad existente en la red en función de la calidad, la distribución geográfica y el tipo de instalación, y tampoco se avanzó en términos de regulación de la calidad de los servicios privados, limitando la certificación a los hospitales privados mayores (OCDE, *op. cit.*: 60); éstos se concentran en la Ciudad de México y en los estados más ricos.

Las estadísticas indican mejorías en la situación de salud, en general para el 2000; la persistencia de los rezagos en las zonas indígenas, pobres y marginales del país: las muertes como resultado de enfermedades contagiosas y de problemas prenatales, nutricionales y reproductivos, se redujeron al 14% en el 2000, siendo que en 1960 eran de más del 60%. Pero, aun así, 15 a 20% de la población padecía, por ejemplo, de alguna forma de

desnutrición. El panorama general de la mortalidad indicaba que las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y las lesiones, la diabetes, las enfermedades cerebro-vasculares y la cirrosis del hígado prevalecían (López Cervantes y Gamboa Borraz, 2001: 238). No obstante, las instituciones de salud no están preparadas para dar respuesta a esa realidad que ya venía siendo anunciada desde la década de 1970.

Citando el documento de la OCDE (*op. cit.*: 89-90), la proporción de muertes por enfermedades no contagiosas se había elevado a 73.3%, mientras que las lesiones continuaron en un rango de alrededor de 12.7%. También siguió bajando la tasa de mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos) y de niños menores de cinco años de edad, aunque ésta siguió siendo alta en la población más pobre. Asimismo, la tasa de esperanza de vida al nacer mejoró, pero con variaciones regionales significativas, de cinco años aproximadamente.

La disminución de las muertes infantiles fue posible gracias al esfuerzo de universalización de la vacunación con una tasa de más del 90% de niños de entre uno y cuatro años de edad. Con esa medida se evitaron más de 1 000 muertes anuales por neumonía y meningitis bacteriana en niños, y se impidió que otro tanto quedara con secuelas neurológicas por meningitis. La planificación familiar fue otra acción importante de ese sexenio, la cual aumentó en 20% (De la Fuente, 2001: 14). Pero aun así, la mortalidad infantil siguió estando en un nivel alto debido a la persistencia de problemas de pobreza y de atención médica: 10% de los niños que nacieron en 1998 tuvieron problemas perinatales (Hernández Martínez, 2001: 295).

Las desigualdades en salud reflejan las desigualdades sociales existentes y la baja eficacia de la política de salud para hacer frente a esa situación. Para el año 2000, entre 13 y 14% de la población vivía con menos de 1 dólar diario, y 46% con 42 dólares diarios. Los ingresos per cápita en los estados más ricos, como el Distrito Federal y Nuevo León, eran entre 4.4 y 6.4 veces mayores que el ingreso per cápita en los estados más pobres, como Chiapas y Oaxaca (OCDE, *op. cit.*: 25). Además, el grado de informalidad de la economía mexicana fue de 40.1%, e incluso aumentó en relación a la década de los ochenta, lo que se reflejó en un estancamiento de la afiliación al seguro social en la primera parte de los años

noventa, recuperándose un poco durante el período de 1995-2000, debido, según Martínez G. (*op. cit.*: 63) al Tratado de Libre Comercio (CISS, 2002: 56).

La pregunta que queda es: ¿Cómo introducir mercado en una sociedad tan empobrecida?

En resumen, el programa de reforma zedillista, al inscribirse solamente en la lógica de los intereses económicos y diseñado para ser impuesto a cualquier costo, no pudo ir de la mano de la acción residual del Estado en el ámbito social. Además, engendró conflictos y tensiones entre los actores institucionales, lo que puede ser un indicador importante relacionado con la estrecha base de consenso existente y de conflicto entre los grupos de poder sectorial por el control del proceso de reforma. Una cosa es la hegemonía de una orientación de política social que se instaló en el gobierno, construida en torno a medias verdades, y otra muy distinta es la puesta en práctica de esas nuevas orientaciones de política que no necesariamente están dirigidas a enfrentar los problemas de exclusión social planteados.

CAPÍTULO 10

EL MERCADO EN SALUD EN SOCIEDADES EMPOBRECIDAS: REFLEXIONES FINALES Y PRINCIPALES HALLAZGOS

Desde la década de los 60, la cuestión del acceso y de cobertura de las instituciones de salud ha sido discutida en el ámbito del sector, y en el transcurso de ese período de discusión se han replanteado intervenciones y propuestas importantes como el Programa IMSS-Coplamar, después Solidaridad, y la misma propuesta de reforma que se encuentra en proceso desde 1982. Además, México cuenta con un importante acervo de experiencias que nos remiten al inicio del siglo XX, cuando se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia con el compromiso de hacer llegar a las zonas indígenas y a las comunidades rurales los avances de la medicina occidental a través de las instituciones públicas de salud, con un claro propósito de sustituir las prácticas tradicionales-culturales y mejorar el nivel de bienestar de ese grupo social. Sin embargo, hasta hoy en día, la sociedad mexicana sigue planteándose la cuestión del acceso y cobertura de los servicios de salud a la población pobre sin poder de pago y sin seguridad social, sólo que ahora en un escenario de agudización de la desigualdad social y de situación de pobreza, por una parte, y de presión económica y social por otra.

En el trabajo de investigación se señaló que los actores investigados compartían entre sí, desde diferentes horizontes, el criterio de que el problema de acceso a y de cobertura de los servicios de salud para los sectores de menores ingresos económicos forma parte de las cuestiones sociales que la sociedad mexicana debe enfrentar, lo mismo el estado diferencial de salud de ese grupo. Asimismo, se pudo observar que estos actores son parte de la estructura de poder del Estado mexicano, lo cual, por un parte, los compromete con determinados intereses y compromisos que provocan tensiones y resistencias con respecto a la propuesta de reforma, mientras que, por otra parte, son actores con poder y capacidad de decisión y de veto. Además, la necesidad de introducir cambios en el marco

institucional de intermediación entre Estado, sociedad y mercado como parte del proceso de reforma se consideró como una hipótesis.

El objetivo estaba en sondear más allá de los proyectos, intenciones y propuestas en debate, la capacidad de los actores investigados en pugna por el control de los rumbos del sector, de conciliar los intereses, deshacer y rehacer compromisos, y generar una política de salud que atendiera a las necesidades de acceso y de cobertura de los servicios en un marco de solidaridad y de igualdad. En otras palabras, al haber sido la reforma propuesta por el ejecutivo para ajustar las instituciones de salud a una nueva situación inducida por diversas transiciones –económica, política, sanitaria, demográfica–, y sostenida en la visión de que el país retomarí­a el crecimiento económico con las políticas de ajuste y de liberalización de mercado con una sociedad con más oportunidades, diversificada en sus intereses y demandas y con una mayor capacidad de reivindicar sus derechos, ¿qué alcance podría tener en términos de ruptura con un pasado de exclusión y desigualdad al ser propuesta a partir de una estructura de poder que sostiene el pasado de exclusión? ¿Qué fue lo que ocurrió?

Con las preguntas planteadas en la investigación se buscó, en última instancia, correlacionar actores, propuestas y transacciones-alianzas-negociaciones con el fin de definir las posibilidades y límites de la reforma en relación a la mejoría del acceso y de la cobertura conforme lo estaban planteando el ejecutivo y los neosalubristas, y también, la propia posibilidad de la reforma. Es decir, ¿qué tanto fue interrumpida la institucionalidad del sistema para permitir una mayor participación de los intereses de los de abajo en la toma de decisión, o para permitir la puesta en práctica del propio proyecto de reforma?

Considero que ambos objetivos se cumplieron a medida que fue posible demostrar que revertir una tendencia de exclusión existente en la política de salud requiere algo más que crecimiento económico, como lo planearon los reformadores: es necesario cambiar los mecanismos de intermediación entre el Estado y los grupos sociales, y las prácticas sociales institucionalizadas en torno al modelo fragmentado de política social y al sistema de atención, los cuales tienden al mantenimiento de la distribución de los recursos, de los status y privilegios.

En la investigación, la falta de acceso a y de cobertura de los servicios de salud fue vinculada con la pobreza, la desigualdad social y las políticas asistenciales, y fue tratada

como un problema de justicia social que requiere la intervención de factores estructurales tanto socio-económicos como políticos institucionales que inciden negativamente sobre el acceso, más que de soluciones técnicas, sin desconsiderar la importancia de aquellas. En consecuencia, se considera que su realización como política social se hace sobre la base de una interacción con otros actores, en el entendido de que una fuerza o relaciones de fuerza dominante utilizan el poder para influir en la toma de decisión en torno a las orientaciones técnico-ideológicas dominantes en el sector, y sobre todo para tratar de cambiar la distribución de los recursos y bienes y democratizar el poder sectorial.

En otras palabras, se considera que el proceso de reforma no es ajeno al conflicto ideológico ni a los intereses y relaciones de saber y poder entre los actores en juego, los cuales se encuentran en relación de conflicto y de antagonismo en cuanto a lo que deben ser las políticas, programas o decisiones relacionadas con la salud y los factores sociales vinculados a ella y con los servicios de salud, en un contexto histórico-institucional dado. De ahí la propuesta de esta investigación de analizar la reforma del sector salud como parte de la política social del Estado mexicano que busca gestionar una cuestión social articulada a un cambio en el modelo económico de base liberal; es decir, de hacer valer el derecho constitucional a la protección de la salud, garantizando la cobertura de los servicios y bienes del sector salud a quienes no tienen acceso a la seguridad social mediante un paquete básico y promesas de aseguramiento.

El análisis de la reforma se hizo a partir de las propuestas técnico-asistenciales en debate y de los diversos procesos constitutivos de las interacciones que conforman la acción de los salubristas y de los neosalubristas para hacer valer sus proyectos técnico-asistenciales como política de salud. Uno de los primeros problemas teórico-metodológicos que tuve que enfrentar fue el investigar un proceso todavía inacabado. Pues, ¿cómo identificar y analizar rupturas, dinámicas determinantes y coyunturales, y las trayectorias de los actores analizados, dando sentido a sus acciones en un proceso inconcluso?

Sumado a todo ello, y citando a Bolos (1999: 275), “como observadores, nos enfrentamos a los resultados finales de un proceso; tenemos poco acceso al proceso en sí mismo que implica una construcción en la cual las personas, a través de la interacción, producen lo que observamos como resultado final”, lo que, en el caso en cuestión,

redundaría en las acciones puestas en práctica en el contexto de la reforma para enfrentar el asunto del acceso y de la baja cobertura de los servicios de salud.

En consecuencia, a diferencia de una gran parte de las investigaciones sobre la reforma realizadas en México y en otras latitudes, ésta fue respetada como elemento que confluente en la explicación de la misma y de la acción de los actores, la estructura de poder anterior como expresión de intereses y compromisos. De ahí el esfuerzo de ubicar el problema de acceso en la política de salud y en el debate anterior a la propia reforma para comprender desde cuándo los problemas de cobertura y la falta de acceso de determinados grupos sociales a los servicios de salud fue identificada como un problema del sector, y cómo fue que los actores involucrados plantearon el problema y participaron en el debate, qué fue sugerido como respuesta, qué fue lo que se hizo y se transformó, qué permanece y por qué, y, por último, el por qué de la misma reforma. Es decir, el objetivo es entender el proceso mediante el cual la cuestión del acceso entró en la agenda pública del sector y se volvió objeto de política.

La reconstrucción realizada en los capítulos 2 y 3 en torno al crecimiento desigual y segmentado del sector salud, permitió señalar un vínculo entre el proyecto social del Estado mexicano y el rezago en salud en la población campesina-indígena, así como identificar el lugar del orden político en la gestión de dicho rezago. Asimismo, se demostró que la relación entre el Estado y las organizaciones corporativas obreras y populares, y la colusión de intereses entre elites médicas y funcionarios, implica una distribución desigual de los recursos y bienes del sector salud, e incluso, una privatización y uso clientelar de estos bienes públicos. Con base en información secundaria, se señaló el crecimiento desigual entre las instituciones de seguridad social y de la salud pública, la brecha existente entre la situación de salud de los grupos sociales amparados por la seguridad social de los excluidos y los actores y prácticas políticas que lo sustentaron, la importancia de los arreglos corporativos y de clientelas para la fragmentación y distribución desigual de los recursos, y la problematización de esa situación, a finales de la década de los sesenta, por parte de funcionarios y salubristas de dentro y fuera del gobierno, así como las tentativas de dar respuesta a esa situación con algunos programas de naturaleza asistencial y de base comunitaria dirigidos a la población identificada como marginada.

Al reconstruir el debate establecido dentro y fuera del Estado en torno al rezago existente en el sector salud, se puede comprobar que la identificación del problema del acceso no fue mérito de un grupo en específico, ni tampoco fue un problema surgido del debate de la reforma; en ello estuvieron involucrados tanto sectores del propio gobierno como de fuera de éste, en específico, investigadores del departamento de Salud Comunitaria de la Facultad de Medicina de la UNAM, de la Escuela de Salud Pública, de la Maestría en Medicina Social y de otros centros de enseñanza de la Secretaría de Salubridad.

El debate se situó en el contexto latinoamericano, lo que demuestra que no sólo es un problema de México. Asimismo, se demostró que, hasta antes de la década de los ochenta, los salubristas de la Secretaría de Salud o del IMSS, investigadores biomédicos de la UNAM, o los mismos salubristas de izquierda, podían diferir acerca de qué debía hacerse para mejorar la cobertura (unificar el sector, hacer más científica la toma de decisión, promover atención primaria, aumentar el presupuesto en prevención, actuar sobre los determinantes sociales de la enfermedad, democratizar el Estado y fortalecer la sociedad civil, cambiar el modelo de atención, transformar el modo de producción que oprime a los trabajadores, provocando enfermedades), pero no había discrepancias importantes en cuanto a la responsabilidad y compromiso del Estado frente a la salud, por ser ésta, antes que nada, considerada como un bien social a ser protegido de forma universal por el Estado. Lo que los unía era la percepción de la salud pública como ámbito del Estado, y lo que los dividía eran los proyectos ideológicos que “juegan sus estrategias de poder a través de la sociedad civil y del Estado”, y que, en cierta medida, determinan las posibilidades de intervenir en la causalidad estructural de los procesos sociales (Menéndez, 1992).

También surgió información que atestigua la redefinición del debate con la profundización de la crisis económica al final de la década de los setenta, provocando un replanteamiento del propio salubrismo oficial en torno a lo que debía hacerse frente a la cuestión de la falta de acceso y del déficit de cobertura y de la izquierda. La ruptura de algunos consensos importantes, entre ellos el de la primacía del Estado como ámbito legítimo de garantía del bienestar y de promoción de la justicia social, abrió espacio a un choque de agendas entre actores que impulsaban distintos modelos de política social. La conexión entre la explicación neoliberal de la crisis se verificó con otros fenómenos más

allá del ámbito nacional (el desplome del mundo comunista, principalmente, y la crisis del estado de bienestar), con lo que se produjeron evidencias que corroboran los análisis que reconocen una mayor presencia de actores económicos al lado de las tradiciones, algunas veces en confrontación y otras como aliados, sostenido el debate sectorial.

Así pues, el trabajo de investigación dio cuenta de otra de mis preocupaciones: la que se refiere a la falta de historicidad en el trato de la reforma presente en la mayor parte de la literatura de estudio. De acuerdo con lo explicado por Almeida (2005: 11):

[se] torna difícil comprender las reformas sectoriales en general, y de salud en particular, como parte de un proceso más amplio e interrelacionado de la transformación de los Estados nacionales, el que, a su vez, está orientado por determinadas premisas, formuladas en espacios específicos, y que afirmaron un cambio de paradigma importante en los principios que históricamente orientaron la política pública en el área social, incluida la de salud.

Por consiguiente, queda demostrado que, aunque la reforma de corte neoliberal es una respuesta a la crisis del sector identificada desde la década de los setenta, su inicio y sus bases ideológicas están vinculadas con la adopción por parte del gobierno mexicano de las reformas económicas estructurales a partir del gobierno de Miguel de la Madrid. La reforma del sector salud no se constituye en un proyecto de un período de gobierno ni en un proceso unilateral lineal. La reconstitución realizada por la investigación recupera las sucesivas estrategias o propuestas institucionales de reforma del sector salud como integrantes de un mismo marco ideológico y teórico en respuesta a una dinámica más amplia que combina un recorte en el gasto público y una expansión del mercado para áreas sociales y políticas focalizadas dirigida a los más pobres, lo que redundó, en el ámbito de la política de salud, en la tensión entre la salud como un bien público y la salud como un bien económico.

Se analizaron las sucesivas propuestas y programas presentados como parte de la estrategia para mejorar la cobertura y el acceso, en particular los cambios introducidos en la Constitución en 1982 para garantizar el derecho a la protección en salud y para crear un Sistema Nacional de Salud en el que la Secretaría de Salud actúe como ente regulador, y en el que los estados, la iniciativa privada y los ciudadanos respondan por su salud. Los diversos cambios organizacionales realizados en el ámbito de la Secretaría de Salud en el

período de 1982-1988 para hacer efectivo ese derecho, redundaron más en un reacomodo administrativo para disminuir gastos y restar poder a determinados grupos de salubristas identificados con la visión salubrista tradicional, que en mejorías concretas en el acceso o en una distribución menos desigual de los servicios de salud.

La información generada confirma las dificultades de convertir Salubridad en cabeza del sector y de llevar a cabo su nuevo papel de responsable por la salubridad general, lo que se debe, en parte, a la falta de recursos económicos, de personal capacitado para responder sus nuevas funciones, al poder de los sindicatos del sector salud y en particular, de la Secretaría de Salud y del IMSS, y el poder del propio IMSS como instancia autónoma, aunado a la falta de liderazgo de la propia Secretaría como cabeza del sector. Asimismo, demuestra la estrategia inconclusa de descentralizar centralizando, la cual busca hacer que los estados sean responsables de la operación de los servicios de la atención médica y, de ser posible, del financiamiento, lo que fue retomado en el período del presidente Zedillo. También deja ver la tentativa de mejorar el primer nivel de atención, lo que redundó en la introducción de la planificación familiar como política de salud para disminuir la mortalidad infantil y materna en un contexto de deterioro, parálisis y rezagos de la red y de aumento de la pobreza y recorte de gastos, donde el médico pasante siguió siendo el principal recurso de curación de los centros de salud. Además, la información demuestra que el único recurso financiero nuevo para garantizar el derecho a la salud fue el de la misma población pobre con la introducción de las cuotas de recuperación, lo que se justificó como mecanismo de participación y responsabilidad de los individuos para con su salud y los servicios de salud.

La información generada también permite confirmar la habilidad del Dr. Soberón para neutralizar grupos de poder internos en la Secretaría para hacer uso de sus redes de poder dentro del Estado, garantizando con ello la influencia del sector privado en los períodos de gobierno que siguieron, creando FUNSALUD y promoviendo la institucionalización de un grupo de poder en el ámbito de la salud pública a través del apoyo a un grupo de investigadores dispuesto a desarrollar una nueva propuesta de salud pública coherente con la expansión del mercado. La creación del INSP fue parte de ese proyecto como institución formadora de recursos humanos para liderar y gestionar la

reforma del sector salud y generar información para la toma de decisión basada en evidencias menospreciando la formación de recursos operativos y de información para ser utilizada en el ámbito operativo y de las comunidades. Actualmente, el INSP vuelve a interesar por la dimensión comunitaria en las investigaciones en sistemas de salud y en salud pública porque, como miembro de la asociación de escuelas de salud pública de EE.UU.A, tiene que contemplar esas cuestiones.

Irónicamente, entre las contribuciones de los neosalbristas estuvo el generar información sobre la importancia de los gastos en salud para los pobres, analizándolos como factor de aumento de la pobreza, lo que constituye uno de los argumentos de sustentación de la propuesta del Seguro Popular puesta en marcha en el período de Fox y estructurada en función de los factores de riesgo y de la relación costo-efectividad que, curiosamente, no elimina las cuotas de recuperación puesto que la universalidad se restringe a un paquete de intervenciones. Cuando algo no se puede obtener a través del paquete asegurado –eso cuando está garantizado el abasto de medicamentos– se tiene que pagar al servicio público según las condiciones socio-económicas, o bien, pagar al servicio privado.

También fue posible relacionar la ruptura de la descentralización durante el período de gobierno de Salinas con el pragmatismo político que caracterizó su proceso de negociación y que la hizo no sustentable, lo que, curiosamente, se repetiría con la negociación del seguro popular en el gobierno Fox, que resucita algunos de los operadores políticos de la descentralización del período del Dr. Soberón. Lo mismo sucede con la recentralización del Programa IMSS-Solidaridad y el inicio de los programas dirigidos a paliar las consecuencias de la política macroeconómica en la población en pobreza extrema y los servicios de salud financiados con los préstamos del Banco Mundial, negociados y elaborados desde el ejecutivo. Primero fue el PASSPA, después el PAC, Progresía y un Paquete Básico en el período de gobierno de Zedillo. Todos estos programas –y otros puestos en práctica en ese período–, fueron presentados como propuestas alternativas de combate a la pobreza, a los programas de salud rural de la Secretaría de Salubridad o al IMSS-COPLAMAR, después Solidaridad, antes de los ochenta, los cuales también estaban dirigidos a la población en extrema pobreza y buscaban intervenir en algunos factores

socio-económicos-culturales que condicionaban el proceso salud-enfermedad. Sin embargo, al igual que en el período anterior, fueron de naturaleza asistencial puesto que en los presupuestos no estaban garantizados recursos necesarios para instituirlos como un derecho.

En paralelo, se comprobó que, para bajar los altos índices de mortalidad infantil y materna y hacer frente a algunos problemas estructurales de salud pública, la vieja salud pública con sus programas verticales retornó con mucha fuerza, tanto en el período del Dr. Kumate como en el de De la Fuente, lo mismo la planificación familiar, la cual fue utilizada como política de salud pública, amarrando cualquier intención de una política de contenido de género a aquella necesidad.

Se generó información en torno al crecimiento del sector privado a partir de la primera mitad de la década de los noventa y de sus intereses con respecto al futuro del sector salud, en particular, en relación a la orientación de aseguramiento aunado a las posibilidades de seguros de gastos mayores o a través de mecanismos de reversión de cuotas en una pequeña parte del mercado cubierta por las instituciones de seguridad social que gozaban de mejores condiciones de vida y salario. En paralelo se demostró que uno de los objetivos de la Reforma del período de Zedillo fue, a través de la propuesta Pluralismo estructurado, vincular acceso con aseguramiento, y sustituir la fragmentación institucional por la pluralidad del mercado presentada como elemento de competencia, de eficacia, y de democratización. Pero como los cambios son complejos, el trabajo de investigación generó información sobre los actores del cambio como también, resistentes.

No suprimir de la realidad a los actores fue uno de los presupuestos principales de mi investigación. Por una parte, consideré que la omisión de los sujetos sociales de los análisis de la reforma, tanto de los investigadores como de los expertos vinculados con el proceso de reforma, había permitido a quienes abrazaron la utopía técnica de las agencias internacionales, presentarla como un devenir programado propio de la evolución natural de las instituciones, donde oponerse significaba una torpeza tanto científica como política. Por otra parte, los padres de la sociología me hicieron comprender que la realidad no sale de la nada y sin restar importancia a las propuestas de reforma y al discurso normativo que la acompaña; se consideró que la reforma propiamente dicha y su resultado final se matizan

con la acción de los sujetos en situaciones específicas, y que sus posibilidades de mejorar el acceso y la cobertura de los servicios de salud dependerá más de las relaciones de poder que de las buenas intenciones o conceptos formulados, ya sea por los reformistas o por sus opositores. De ahí la propuesta de analizar a los sujetos como constructores y como parte de la realidad social que se quiere cambiar.

Los sujetos sociales considerados (los salubristas y neosalubristas), a partir de quienes se logran reconstituir los mecanismos de interacción con otros actores, fueron tratados como:

- a) Parte de la reforma en cuanto profesionales poseedores de un conocimiento específico cuyo poder reside en el dominio de los recursos para alcanzar los fines. Éstos son medios para otros fines, y sus instrumentos están cargados de valores, preferencias e intereses. Es decir, el llamado ropaje técnico-científico de la reforma que actúa como legitimadora fue tratado como ámbito de aglutinación de intereses y de articulación de la plataforma político-ideológica y como recurso de poder (Capítulo 5 y 6).
- b) Sujetos históricos que tienen un pasado social en las estructuras de poder sectorial que sirve de parámetro y límite para lo que son hoy. En este sentido, exploro la relación de ambos grupos con las estructuras de poder sectorial a partir de la dimensión técnico-científica, generando información que comprueba que la reforma fue propuesta a partir del marco institucional fijado por la propia estructura de poder sectorial (capítulo 4), y que en ningún momento del proceso los salubristas o los neosalubristas plantearon acciones más allá del marco institucional fijado que justifica el pasado de exclusión y desigualdad de determinados grupos sociales frente a los servicios de salud, garantizando con ello la continuidad de dicho marco (capítulos 8 y 9).
- c) Se demostró que son sujetos que se construyen socialmente, cuyo devenir no estaba programado a priori. Para ello se recuperó su forma de organización, las alianzas, los objetivos planteados, los cambios en los mismos y las dinámicas de articulación con otros grupos en función de sus objetivos y demanda (capítulos 3, 5, 6).

- d) La acción de los mismos para incidir en la realidad fue tratada como producto de las formas específicas que se relacionan con otros actores, y de los marcos profesionales-institucionales en que despliega su acción en función de los proyectos técnico-científicos que los aglutinan, y a partir de los cuales se articulan con otros actores (capítulos 5 y 6).

En este sentido, la investigación generó información que permitió identificar grupos de poder con características propias que los define como portadores de un discurso técnico específico que busca dar cuenta del proyecto de reforma, o bien, ofrecer una alternativa al mismo (capítulos 5, 6, 7), así como a sus recursos de poder (capítulo 5 y 6), sus relaciones con el entorno social y con la estructura de poder sectorial (capítulo 5, 6, 7). Los esfuerzos científicos de los neosalubristas por redefinir el campo de la salud como parte de un proyecto de poder del grupo congregado en torno al Dr. Soberón, en su lucha por controlar el propio proceso de reforma, se vinculan con las estrategias desplegadas para institucionalizar su propuesta técnico-científica con la creación del INSP vinculada a la gestión de los sistemas de salud, al mismo tiempo que se articulan con el sector empresarial a través de Funsalud (capítulo 5).

Por otro lado, se presentó la perspectiva de los salubristas, tanto de los vinculados con el PRI como de los de izquierda. Se habló de los salubristas priístas y de su pérdida de control del proyecto de la Escuela de Salud Pública con la creación del INSP y la tentativa de fortalecer a la sociedad con salud pública como parte de un proyecto de legitimación del salubrismo como un profesional con conocimiento y vivencia en la comunidad y con compromiso con la misma, al tiempo que el proyecto de la medicina social, caracterizado por su postura de crítica hacia la política del Estado, aceptó su proyecto de poder al articularse con el PRD, emergiendo como una fuerza opositora a la reforma y político-ideológica que la vinculó con la defensa de la seguridad social y con otras fuerzas políticas del propio régimen descontentas con las reformas neoliberales (capítulo 6).

Con la información producida, fue posible vincular el saber generado por estos grupos con determinados proyectos de sociedad en gestación en la sociedad mexicana, y más allá de las fronteras e intereses nacionales, para llamar la atención sobre las

adecuaciones o ajustes en la percepción de estos actores en relación a qué hacer en sintonía con las coyunturas nacionales e internacionales (capítulos 3 y 6), con los puntos de convergencia y de divergencia tanto en relación a los medios (descentralización, paquete básico, focalización, mayor presencia del sector privado, libre elección) como con los fines (universalidad, equidad, democratización, solidaridad), las prioridades y lo que formó parte de la agenda, y en función de las prioridades o de la coyuntura; es decir, cómo se movieron para lograr sus objetivos (capítulos 5-9).

Al mismo tiempo, el análisis realizado evidencia la presencia de los neosalubristas en el centro de las disputas ideológicas y políticas de la reforma y, lo más importante, comprueba que éstos llegaron a compartir con el salubrismo priísta el proceso de toma de decisión, y, aunque sus propuestas orientaron el Programa de Gobierno del presidente Zedillo ante la conducción conservadora de De la Fuente, reclamaron cambios más amplios en la Secretaría de Salud en dirección al modelo colombiano.

De suerte que, con el apoyo de la documentación del mismo gobierno, de las entrevistas a actores clave y otras estrategias de obtención de información, se pudo establecer una correlación constante entre propuestas de reforma, actores, proyectos y transacciones con el propósito de explicar la fuerte institucionalización de las alianzas que controlan la estructura de poder del sector, aunque muchos autores insisten en llamar la atención hacia la democratización de la sociedad mexicana. Se recuperaron y acompañaron de forma detallada los proyectos técnico-científico en discusión, dirigiendo su atención a los rumbos que fue tomando el debate y a las soluciones propuestas por los salubristas y neosalubristas, los intereses en juego, presiones, articulaciones y acercamientos entre los grupos de poder que permitieron, en cierta medida, alterar la composición del poder –pero no para dirigirlo a la incorporación de organizaciones populares–, y que permitieron tomar algunas decisiones que afectaron intereses sectoriales (como por ejemplo, descentralizar, privatizar los fondos de pensiones como estrategia para mejorar el acceso a través mecanismos de incentivos y eficiencia más que los de solidaridad), bloqueando otros (como por ejemplo, la reversión de cuotas en la reforma del IMSS) y sin alterar la distribución desigual de los recursos entre instituciones, regiones y grupos sociales, ni aumentar los recursos financieros para mejorar los servicios para la población pobre.

En consecuencia, lo descrito permitió afirmar que la reforma, en proceso desde la década de los ochenta, se vincula con una reforma más amplia del Estado y engloba el quehacer de éste en el ámbito social, lo cual, a lo largo del período analizado se fue modificando. Sin embargo, lo que se mantuvo constante fue la subordinación de la política de salud a la política económica dominante de corte liberal, basada en el control de gastos del sector social y en una mayor responsabilidad de los individuos y del sector privado para con la salud y el bienestar mediante la combinación de diversas estrategias, entre ellas, un paquete básico y estrategias de aseguramiento en función de la capacidad de pago. No obstante, y aunque los reformadores insisten en reivindicar el carácter técnico de la reforma y manejarla con mucha información y “expertice”, algunos de los reveses y ajustes en el proyecto se explican por razones pragmáticas de conducción política y no por cambios ideológicos propiamente dichos en la propuesta de reforma.

PROYECTOS TÉCNICO-ASISTENCIALES COMO UNA UNIDAD DE ANÁLISIS DE LOS ACTORES

Las propuestas de intervención de los actores, si bien poseen una dimensión técnica que les da unidad, expresan también relaciones sociales y políticas que responden a condicionantes económico-culturales y a intereses y objetivos muy diversos, no siempre antagónicos. Así pues, los proyectos no son inmutables, y fue posible observar y explicar que las orientaciones de intervenciones para dar respuesta a la cuestión del acceso y mejorar la cobertura de los servicios de salud cambiaron, como también las prioridades de los actores en función del contexto de cambio en la política económica y de redefinición del papel del Estado y del mercado en la conducción del desarrollo.

En este sentido, se ha podido percibir, con la información generada por la investigación, que la dimensión técnica-asistencial de las propuestas referentes a estrategias para mejorar el acceso y la cobertura, operan imbricadas con otros factores, y que, en ocasiones, elementos exteriores al sector, como la política económica y el crecimiento económico, son variables más importantes y toman una relativa independencia o se mediatizan con propuestas sectoriales, como, por ejemplo, paquetes básicos. Lo mismo se puede decir en relación al ámbito de la política.

En una de las hipótesis se señaló que promover el acceso y mejorar la cobertura de los servicios de salud, más que una cuestión técnica, es política y es resultado de: a) intenciones expresadas en proyectos técnico-asistenciales, y que no son nada más que intenciones, b) recursos de los actores y del propio Estado, y c) límites definidos por las relaciones estructurales de poder construidas por medio de relaciones sociales dentro de un sistema de oportunidades y restricciones. El objetivo de sondear más allá de los proyectos técnico-asistenciales o de las propuestas en sí, lo que, de acuerdo con Melucci (*op. cit.*, 43), “es la simple expresión de una intención de propósito que se persigue”, sirvió para indagar y averiguar la capacidad de los actores investigados para construir, por medio de los recursos disponibles y de acuerdos, relaciones sociales y políticas para sostener modificaciones en la propia estructura de toma de decisión sectorial, garantizando con ello el acceso y cobertura de los servicios de salud a todos los mexicanos como un derecho social.

En este sentido, considero que la adopción de dicha perspectiva teórico-metodológica fue la correcta para los objetivos perseguidos.

LA RESISTENCIA DE LA ESTRUCTURA DE PODER SECTORIAL

Por lo anterior, y tomando en cuenta que los actores analizados se han visto inmersos en una estructura de poder históricamente determinada, que se torna efectiva por medio de un complejo institucional que expresa, de forma jerarquizada, una diversidad de prácticas y representaciones en torno al proceso salud-enfermedad-atención, que articula y vincula de forma corporativa y clientelar a sindicatos, gremios profesionales y organizaciones sociales, y lo cual, ahora garantiza el ejercicio del poder del Estado, la investigación permitió comprobar que se han fijado límites a los propios proyectos técnico-asistenciales en debate y a la propia reforma sectorial, estableciendo jerarquías a las decisiones en materia de ruptura con un pasado de desigualdad social, o a las relacionadas con la integralidad horizontal, o aun con una mayor o menor presencia del mercado. El resultado fue que la mayoría de las estrategias propuestas logró obtener una adhesión o, por lo menos, la aceptación de los componentes de la antigua alianza desarrollista-nacionalista que se conserva en el poder con capacidad de veto. De ahí la descentralización en dos

tiempos, la continuidad de la fragmentación del sector y, lo más importante, la persistente ausencia de acciones sobre los factores políticos que obstaculizan una mejor distribución de los recursos y bienes del sector.

La inflexión que la reforma pudiera significar en términos de una redefinición de las relaciones de poder institucional, tuvo sus límites en sus propios aliados: todos adscritos a las estructuras de poder reconocidas, sin una base de sustentación diferente de las alianzas tradicionales. En consecuencia, cuando una decisión podía afectar intereses de clientelas o corporaciones, fueron sancionados fuertemente; se confrontaron las opciones disponibles, llegando a negociaciones para no afectar las reglas de poder que dan base a la institucionalidad sectorial y que determinan la solidaridad posible en México entre clases y grupos sociales.

Esas sanciones ocurrieron en particular con el Dr. Soberón, tanto con la descentralización como con la tentativa de actuar como cabeza del sector salud frente a las instituciones de seguridad social; o con ocasión de la reforma de la seguridad social en el período de Zedillo. Lo contrario sucedió, por ejemplo, con las indicaciones de planificación familiar vinculadas con la estrategia de control del riesgo materno como política de salud dirigida a disminuir las muertes maternas, y las cuales incluso contaron con el apoyo de sectores vinculados al movimiento feminista, pese su verticalismo, a su naturaleza estrictamente asistencial, y a su visión estrecha de género, nada reivindicativa de los derechos reproductivos.

Con base en lo anterior, es posible afirmar que la experiencia mexicana de reforma del sector salud iniciada en los ochenta y todavía en proceso, puede ser entendida como un conjunto de tentativas en cierta medida fracasadas, en términos tanto de las expectativas políticas creadas por sus ideólogos con relación a la construcción de un nuevo pacto social, como en términos de superar la estructura de poder anterior que fundamenta la existencia de lógicas distintas de acceso y de distribución de los recursos, basada en la garantía del acceso mediante el trabajo asalariado formal representado de forma corporativa.

Es por la persistente ausencia de los intereses de la población campesina, indígena y pobre en las estructuras de poder sectorial, aunada a la conservación de los mecanismos corporativos y gremiales que históricamente permitieron el control de los recursos

existentes en el sector sea por la corporación médica o por la de los sindicatos, y garantizaron la gestión política y administrativa, que se explican, en cierta medida, y como lo señala Menéndez (2006), el continuismo de la fragmentación sectorial y la poca voluntad de revertir la tendencia curativa del sistema de salud, así como el predominio de una visión biomédica asentada en el desarrollo de la industria y de la tecnología médica.

Sumado a estos factores, en el caso de la reforma del IMSS es clara una propuesta, producto de la racionalización de determinadas ideas económicas que parecían inexorables y que se impondrían independientemente de las relaciones de poder, llevando al país a crecer, y, por ende, al acceso a la seguridad social, a través del mercado, sea por el vínculo de trabajo o por la capacidad de pago.

Lo anterior no significa que todo continúe igual en el sector. Hubo cambios importantes, en particular, en dirección a una mayor apertura de la gestión sectorial a sectores profesionales proclives al uso de los avances del conocimiento tecnológico-biomédico, algunos más sensibles a las demandas de sectores urbanos modernos aunque sin vínculos con las comunidades. Sin embargo, la profesionalización del sector es asimétrica: la atención local, continúa, en gran parte, en manos de personas no capacitadas y que muchas veces no son funcionarios de la SSA. A su vez, el propio proceso de descentralización depende de la capacidad de los grupos locales para renovar la estructura de poder y para dar otro sentido al proceso en sí.

La investigación también permite subrayar la escasa participación de los conjuntos sociales en cuanto a sus demandas, antes y después de la reforma, pese a la crítica política existente tanto por parte de los salubristas de izquierda como de los neosalubristas en relación al verticalismo de las instituciones de salud que justificó la reforma, y la adherencia de los primeros al proyecto de poder del PRD. La misma conducción de la reforma por el gobierno priísta y por los Secretarios de Salud nombrados para llevarla a cabo (el Dr. Soberón, apaciguador de la UNAM, el Dr. Kumate, médico militar, y el Dr. De la Fuente, miembro de la elite-intelectual mexicana, todos ellos médicos vinculados con fuerzas políticas con una fuerte presencia en las instituciones de salud), cerró las posibilidades a una mayor participación de los grupos tradicionalmente excluidos o secundarizados en la definición de los problemas de salud a ser enfrentados por el sector,

incluso cuando estaba en discusión el paquete asistencial focalizado en los pobres en el marco de la descentralización; lo que sí ocurrió fue el fortalecimiento de los intereses económicos-privados, sin dismantelar la alianza corporativa con el sindicalismo oficial y la acción verticalizada del Estado en todos los ámbitos del sector.

Por su parte, la izquierda salubrista ubicada en el PRD actuó dentro del marco de las fuerzas políticas fijadas por la estructura de poder del Estado y de los valores hegemónicos en las instituciones públicas, lo que, en cierta medida, imposibilitó la integración sectorial, constituyendo en sí mismo un espacio de socialización y sentido de grupo: en la lucha en contra de la reforma del Seguro Social, García Sáinz sería uno de los grandes aliados del sindicato del IMSS y de sus funcionarios, organizados en uno de los mayores sindicatos del país, el que, debido a su fuerza, fue favorecido por sus beneficios. Es decir, se trata de actores cuya trayectoria fue contraria a la integración, y cuya acción legitimó la distribución desigual de los beneficios aun cuando defendieron el carácter solidario del Seguro Social. Solidaridad restringida a los trabajadores formales.

Esto me permite decir que las fuerzas sociales y políticas que se hicieron cargo de la reforma, fueron las mismas que siempre gozaron de los privilegios del régimen priísta. Por consiguiente, la investigación trae a la luz no sólo los vínculos políticos de los neosalubristas con las fuerzas políticas y económicas del régimen, sino también con el sector empresarial y con sectores de la industria de la salud. De autónomos, neutrales e independientes no tienen nada, y, en ese sentido, sería equivocado analizar la reforma del sector salud como si fuera un proyecto externo a los grupos de interés del sector –cuando la misma reforma fue pensada y articulada en la Secretaría de Hacienda, y apoyada y financiada por el Banco Mundial y el BID–, y creer que éstos podrían llevarla a cabo por medio de una estrategia autónoma, sin los recursos políticos del régimen y a espaldas de los compromisos pasados.

ACTORES Y AGENDA EN REDEFINICIÓN

La investigación corroboró la perspectiva que considera la reforma como un proceso dinámico que sucede dentro de una estructura de poder con una historia que moldea la percepción y el comportamiento de los actores. Por lo tanto, los neosalubristas y la

izquierda salubrista presente en el PRD no fueron tratados como nuevos actores: ambos gozaron de una temporalidad en el sector que aportó potencial previo y pautas de conducta, y lo que la investigación permitió demostrar fue una rearticulación organizativa de ambos actores en el marco general fijado por el Estado en función de los cambios macro políticos y económicos, y también sectoriales.

Ahondando en ese aspecto, la investigación permitió demostrar que los salubristas, desde los años setenta, han discutido la desigualdad en el acceso y la baja cobertura de las instituciones públicas, la baja eficacia del modelo asistencial que incluso llegó a constituir un consenso en torno a la necesidad de enfrentar esas cuestiones; un conjunto de propuestas que incluye desde la integración organizacional hasta un cambio en el modelo de atención, de uno curativo a uno menos medicalizador de los problemas sociales con participación ciudadana. La crítica neoliberal a la acción de las instituciones públicas de salud no sólo asumió muchas de las críticas que se hicieron a la acción del Estado desde la izquierda, sino que también redefinió el debate, lo que tuvo como consecuencia un cambio de orientación en la conducción de la política de salud en lo que respecta al acceso y a la cobertura: se fortaleció el carácter asistencial o compensatorio de la política de salud que toma expresión en los paquetes asistenciales dirigido a todos aquellos que no logran su bienestar en el mercado.

Neosalubristas y salubristas de izquierda ganaron fuerza con el proceso de redefinición de la agenda sectorial, no sólo debido a la legitimidad profesional (racionalidad técnica) conquistada ante sus respectivos públicos, sino, en especial, por la capacidad de ambos actores para responder a la coyuntura política y sectorial vinculándose con fuerzas sociales importantes del sistema político y aglutinadas en torno a determinados intereses y demandas sectoriales tanto en el ámbito nacional como en el internacional: los neosalubristas se vincularon con los grupos de poder pro mercado presentes en Funsalud, en el PRI y en el PAN, y, en particular, apoyaron al presidente Zedillo en la reforma del IMSS y consolidaron sus alianzas con organismos y fundaciones privadas con una fuerte influencia en la política de salud en lo que se refiere a la salud reproductiva, el SIDA y la reforma. Por su parte, el salubrismo de izquierda tendió a aliarse a las fuerzas nacionalistas-populares-democráticas organizadas en el PRD, apoyando al sindicato del Seguro Social y

liderando la lucha en contra de la privatización de los fondos de pensión. El salubrismo priísta demostró muy poca capacidad para renovar sus alianzas; trabajó estando concentrado en el PRI y en sus alianzas tradicionales, quedándose en el poder pero sin una dirección definida. Esta estrategia permitió la negociación de la reforma del IMSS, de la descentralización y la reafirmación del corporativismo y la política vertical dirigida desde el centro.

LA SEGMENTACIÓN DEL ACCESO Y DE LA COBERTURA: PERSISTENCIA DE LOS MALES ENDÉMICOS DEL SECTOR

La reforma, entendida como cualquier política social, contiene una dimensión *policy* en el sentido de lo político, puesto que pretende cambiar los principios del acceso y los criterios que determinan el contenido de las acciones en salud, y de *politics* porque implica un proceso político (la política) de negociación y de transacciones. El contenido de la reforma (lo político) y la acción de los actores (la política), en contextos específicos, forman una sola unidad que es la reforma propiamente dicha, expresada en sus resultados.

El resultado de ese proceso en el sector fueron cambios virtuales en el acceso y la cobertura, aunque también se puede reconocer que hubo un esfuerzo por garantizar un paquete de servicios. En el 2001, Misael Uribe (*op. cit.*, 27-28) llegaba casi a las mismas conclusiones a las que muchos salubristas habían llegado ya en el inicio de la década de los 80:

En México existe un conjunto de problemas añejamente conocidos y tenemos muchas y muy antiguas limitaciones para solucionarlos. Parecería que el conocimiento previo y las propuestas previas no han servido siquiera para generar un experiencia capaz de hacerles frente, o al menos de identificar el por qué de la ineficacia. Los temas de inequidad, burocratización, falta de cobertura, deficiencia en la calidad y excesiva centralización no son nuevos. Por lo menos desde 1982 éstos y otros temas han sido mencionados en los planes de gobierno y por los funcionarios del sistema de salud; se han planteado en diversos documentos propuestas de muy diversas índoles [...] La infraestructura de los servicios públicos se ha deteriorado y existe gran rezago tecnológico como resultado de la insuficiente inversión de las últimas décadas; el primer y segundo niveles son débiles en su capacidad diagnóstica y tiene problemas en los mecanismos de referencia/contrarreferencia que origina baja efectividad; existen presiones no relacionadas con las necesidades de atención sino derivadas de aspectos políticos o distorsiones inducidas por proveedores [...].

Uribe alude a cuatro factores que pueden explicar la persistencia de estos problemas, y los cuales son casi los mismos a los que aludieron Soberón en su tiempo y Funsalud después, y que la izquierda salubrista también refrendaría:

1) no basta con hablar de un tema para suponer que el problema está resuelto; 2) el gobierno re-direcciona prioridades cada 6 años o antes si hay un cambio del encargado del despacho, o si cambian sus intereses, influencias o preferencias personales, como en la práctica ha ocurrido, [...], 3) que se modifique el entorno económico social, cosa que, por lo menos desde 1970, ha sido impredecible y ha tenido consecuencias sexenales catastróficas; y 4) la prevalencia de los intereses políticos y/o personales, sobre los institucionales. Con esta cantidad de variables más la carencia de un plan de gran visión y de un servicio civil de carrera, cosechamos lo que hemos sembrado: un pobre no-sistema de salud.

La cita ilustra a la perfección la frustración existente en México con respecto a lo que fue llamado reforma del sector salud, la cual hizo muy poco para invertir en la dimensión de la política en el sector. El proceso de descentralización es un buen ejemplo de ello. Otro ejemplo puede ser el propio proyecto de reforma del IMSS: los supuestos técnicos que instrumentalizan ambas políticas demostraron ser insuficientes para acarrear modificaciones en las reglas de acceso, introducir mejoras en la infraestructura de los servicios de salud, garantizar recursos financieros suficientes para atender las necesidades de la población, y promover una gestión suficientemente autónoma como para defender el patrimonio de los ciudadanos contra el peligro de la apropiación de éste por parte de los intereses privados, ya sea que éstos estén representados por los sindicatos corporativos o por organizaciones empresariales, uno de los males endémicos del sector.

LOS GRUPOS DE PODER SECTORIAL: LA PERSISTENCIA DEL DEBATE IDEOLÓGICO

El análisis elaborado en este trabajo de tesis, reitera el marco teórico y conceptual definido anteriormente que considera a la reforma como un proceso socio-político dinámico, tejido alrededor de una cuestión social que estaba en la agenda del sector desde la década de los sesenta (la desigualdad en el acceso y en la distribución de los bienes y servicios), y que se redefinió en un contexto específico de crisis económica y de cambio de modelo económico.

Las evidencias empíricas presentadas por la investigación en relación a la conformación de un grupo de poder en el sector, comprometido con la agenda de reforma pro mercado y con su subsecuente llegada al poder para ajustar las instituciones públicas mediante cambios en los mecanismos de acceso y de distribución de los bienes y servicios vía expansión del aseguramiento, combinado con paquetes básicos, permitieron tejer vinculaciones entre la reforma de las instituciones públicas de salud con las propuestas de salida de la crisis, elaboradas a partir de un marco ideológico y teórico propio, sosteniendo que ambos fenómenos se encuentran interrelacionados.

En este sentido, la investigación produjo información que permitió afirmar que parte importante de la producción de los neosalubristas en Funsalud, como el diagnóstico del sector que realizaron y las propuestas planteadas, no es independiente del marco ideológico que orienta su visión del mundo. Como bien lo señalan Iriart y otros (2000: 11), y Menéndez (2006), y como se demuestra en los capítulos anteriores, sus propuestas partieron de diagnósticos compartidos por diversos sectores dado que son parte de la vivencia y experiencia de todos. Nadie niega que haya una baja eficiencia en el sector público, así como una escasez y mala distribución de los recursos, burocratización, verticalismo y uso privado de los recursos públicos, etcétera. Sin embargo, los neosalubristas, al construir estos conocimientos, lo hicieron a partir de sus posturas ideológicas, vivencias y conceptos, que son, en última instancia, producto de interacciones previas entre poder, conocimiento e identidades de los sujetos. Es decir, que no salieron de la nada.

En la mitad de la década de los setenta, los salubristas de izquierda también hicieron un esfuerzo similar cuando se congregaron en torno al concepto de medicina social que dio base a la creación de la Maestría en medicina social en la UAM-Xochimilco, con el claro propósito de incorporar en los marcos analíticos y de acción del sector a los factores estructurales socioeconómicos y culturales que incidían negativamente en el proceso salud-enfermedad-atención. A diferencia de los neosalubristas, quienes siempre plantearon producir un conocimiento para los tomadores de decisiones comprometidos con la reforma bajo una perspectiva casi positivista de la producción del conocimiento, los salubristas vinculados con la medicina social, en ningún momento negaron la base ideológica de su

producción, y siempre reconocieron que las relaciones de poder estaban presentes en la producción y en la utilización del conocimiento, y que sus interlocutores, privilegiados en cierta medida, eran los trabajadores organizados.

El rasgo distintivo de estos grupos quedó expuesto en la investigación: éstos no pertenecen al medio profesional o a las coincidencias generacionales; son los factores de orden ideológico-político los que consolidan la relación y sellan la permanencia en el grupo. El medio profesional sirvió a los actores investigados como fuente original de vínculos, incluso porque, como grupo que tiene un proyecto de poder, incorpora otra clase de miembros.

LA INCAPACIDAD DE LAS FUERZAS POLÍTICAS PARA LIDERAR UN NUEVO PACTO

No queda la menor duda de que los neosalubristas tenían una clara consciencia de que la estructura de poder del sector tenía que cambiar, e incluso exigieron un nuevo pacto que hasta ahora no ha tenido lugar; al parecer, tanto los neosalubristas como el gobierno optaron por hacer una reforma sectorial apoyándose en los instrumentos de poder del régimen político mexicano. Tampoco hay duda de que, en el proceso de reforma, los neosalubristas han influido en muchas de las decisiones tomadas en el sector y que, como parte de ese proceso, tensionaron el campo profesional, redefiniendo, incluso, el perfil profesional del salubrista a ser formado y de las acciones a ser puestas en práctica para dar respuesta a los problemas del acceso y de baja cobertura.

La investigación también permitió percibir que hay otros discursos en el sector, muchos más de los que logran representar los partidos y los actores investigados, como por ejemplo, el discurso de las mujeres, el de los trabajadores de las instituciones de salud, el de los curadores vinculados con las prácticas culturales y el de las parteras, discursos estos que son parte de la diversidad de la sociedad mexicana. En términos organizacionales, Funsalud no representó una salida que contemplase una mayor democratización de la sociedad, aunque supo hacer uso de la democracia cuando le convenía según sus intereses. Su actuación como organismo de la sociedad civil fue para promover los intereses del sector privado.

Durante la investigación, surgieron evidencias que comprueban un cambio paulatino que comenzó en los años ochenta y que tiene que ver con el enfoque dominante que hasta entonces orientaba el quehacer del sector en torno al papel del Estado como ámbito garantizador del acceso y de producción de servicios, y que se reflejó en la formación de propuestas de reorganización institucional del sector por parte de los neosalubristas, quienes redefinieron los principios de acceso y de cobertura de las instituciones públicas. Sin embargo, la llegada al poder de esa tendencia no fue suficiente para modificar la estructura institucional ni las fuentes de financiamiento del sector. La asignación de los recursos continúa siendo centralizada y la gestión de los mismos cerrada, perdura la fragmentación y la segmentación. La resistencia a una nueva reconfiguración, presentada por las instituciones públicas de salud, puede ser un indicativo político importante acerca de los compromisos del Estado para con los trabajadores organizados y con sectores de la burocracia médica.

El cambio ideológico no resulta menor si se le observa bajo una perspectiva procesal, pues redefinió la visión de justicia social que venía ganando espacio desde Alma Ata entre los salubristas y en los organismos técnico-sectoriales, acerca de que las intervenciones en salud deberían estar dirigidas a reducir los efectos negativos de las relaciones sociales en el acceso a los servicios de salud, como resultado del reconocimiento de la relación causal entre estructura social y acceso desigual a los servicios de salud; para ello fue propuesta la Atención Primaria Integral como estrategia de organización de los servicios de salud, para brindar atención integral a todos los ciudadanos. En ese marco, lo que se busca es el desarrollo de estrategias de articulación entre los servicios y los grupos sociales mediante la promoción de la participación social y la organización comunitaria, con la perspectiva de involucrar a las comunidades en la toma de decisiones que tienen que ver con sus necesidades.

El Dr. Soberón alentó la participación del sector empresarial como parte de un proyecto ideológico de crítica al Estado y al sistema político, donde la sociedad civil tendía a ser identificada con el mercado, despolitizándola y, muchas veces, tratándola como un espacio de las asociaciones voluntarias asistenciales o de organizaciones que actuaban en nombre de los pobres, destinatarios y sin participación en las decisiones. A su vez, las dos

etapas de la descentralización no generaron mecanismos democráticos innovadores capaces de impulsar la participación de los excluidos más allá del ámbito local-instrumental, aunque permitió, por el impulso de las fuerzas sociales locales, la entrada a las cuestiones de salud en las agendas estatales. Por su parte, los paquetes básicos fueron definidos por la burocracia de las instituciones de salud sin incluir a los sujetos de las intervenciones en la definición de las mismas, al tiempo que, en la Reforma del IMSS, las organizaciones empresariales y los sindicatos corporativos fueron consultados y considerados en sus demandas aunque la reforma buscaba extender el acceso a sectores no formales.

De cualquier modo, el viraje ideológico ha impulsado cambios importantes en relación con los objetivos e instrumentos de la política de salud. En dicho viraje, todavía en proceso, la sociedad civil no necesariamente es considerada como un ámbito complejo de la realidad, desigual, heterogéneo, que recubre poderes, intereses, identidades y exigencias plurales y contradictorias, y la tarea del Estado ya no es la de proveer una oferta homogénea abierta a todos para satisfacer las necesidades básicas de todas las personas. La función del Estado, prevista por la reforma, de regular las actividades y ser el gestor de las inequidades en salud mediante la adopción de acciones de alto impacto, técnicamente definidas en la tentativa de despolitizar la acción burocrática, se hace en nombre de la competitividad y del mercado. De ahí la separación de funciones, la dotación de paquetes y la creación de las Instituciones de Servicios Especializados en Salud como instrumentos que promueven una competencia de proveedores y consumidores, y que sustituye la voz activa del ciudadano que reclama sus derechos y exige responsabilidad a sus gobernantes frente al consumidor.

Los paquetes de servicios definidos a partir de las acciones necesarias para la población como una estrategia para ampliar la cobertura, fueron introducidos en el gobierno de Zedillo careciendo de un sistema de garantía que permitiera su regulación y control, así como de instancias de participación de las comunidades o de los beneficiarios potenciales. Esa estrategia, dirigida a los 10 millones de personas sin acceso regular a los servicios de la SSA, buscó complementar las acciones esenciales que los estados descentralizados brindaban a la población no asegurada, lo que, en última instancia, no se diferencia demasiado del paquete propiamente dicho ni promueve el protagonismo de los agentes

sociales, cuestión identificada por todos los actores como problemática para el sector de salud pública.

Asimismo, fue en el período de Zedillo, a través de la reforma del IMSS, cuando se buscó garantizar el acceso a este Instituto mediante estrategias de aseguramiento no obligatorio (Seguro Médico Familiar), que operaría con la lógica de un seguro privado, aplicando la selección de riesgo en la que el asegurado tiene derecho a determinados beneficios y al acceso al sector privado mediante la reversión de cuotas, eliminando el carácter contributivo rígido de la cotización al IMSS. También se transfirió la gestión de los fondos de la seguridad social al sector privado. Esas estrategias tendieron a romper los principios de solidaridad y redistribución a la población en general, dada la distribución desigual de la cobertura. Por consiguiente, no fueron medidas que favorecieran la disminución de las brechas en salud.

Citando a Scouh (2005: 62), las brechas de mortalidad infantil continúan variando ampliamente en el país en función del nivel de marginación de los municipios; con respecto a la incidencia de baja talla por edad en niños menores a cinco años de edad, la brecha es casi ocho veces mayor que la incidencia entre los más ricos, colocando a México en la tercera distribución más desigual en este indicador antropométrico entre 42 países; los pobres continúan gastando más que los ricos en salud, lo que representa 11% del ingreso contra 4%, respectivamente.

La investigación permite afirmar que la construcción del proyecto de reforma promercado y su propia supervivencia durante cuatro sexenios fue posible, en parte, gracias a la contribución de los neosalubristas –como expertos alojados en Funsalud– de indicar el contenido de los paquetes básicos necesarios para combatir las inequidades y justificar la priorización de determinadas intervenciones sobre otras. En eso radicó parte de su producción académica, la cual estuvo dirigida a legitimar y adaptar las directrices de políticas propuestas a partir de las agendas internacionales para la toma de decisiones comprometida con la reforma.

LA ECONOMÍA POLÍTICA DE LA ACCIÓN COLECTIVA

La reforma no provocó una ruptura total en el sector debido, por un lado, a la continuidad de los arreglos corporativos-populares que sustentan la estructura de poder en la que los mismos reformadores se encuentran inmersos. Esto permitió a los salubristas articulados al PRI, y en cierta medida atrapados en sus compromisos políticos con determinados sectores sociales, de manera tímida por no lograr estructurarse como una fuerza a espaldas del gobierno y del PRI –aunque muchas veces inconformes con la creciente presencia de los neosalubristas con su discurso anti Estado y con otras ideas y propuestas que alteraban sus trayectorias profesionales–, adaptarse a los tiempos y circunstancias con la esperanza de no perder su influencia en el sector. Estos salubristas reivindicaron una profesionalización de la salud pública a través de la Sociedad de Salud Pública que los respaldaba como funcionarios públicos en programas, en áreas operativas importantes y en puestos de mando intermedio, garantizando nichos de poder y continuidad a determinados programas de salud pública imprescindibles para la Secretaría de Salud y para los servicios de salud de los estados, ámbito en el que sus acciones se inscriben, y en el que no lo hacen las acciones de los reformadores.

Durante el análisis, se ha podido observar que los actores analizados no pudieron hacer tabula rasa del pasado, pero sí una lectura particular de la estructura de poder a partir de sus propios proyectos y experiencias. En esa lectura, los salubristas de izquierda se aproximaron a fuerzas vinculadas con el salubrismo desarrollista y el sindicalismo corporativista, conociendo de antemano la ambigüedad de estos autores para la construcción de una solidaridad que no pasa por el mercado de trabajo formal. Los neosalubristas tampoco dieron la espalda al sindicalismo corporativista ni al PRI.

En cierta medida, la acción colectiva de los salubristas, que, en términos de la economía política de la elección racional, puede ser clasificada como un potencial perdedor, contradice algunos de sus supuestos. La investigación demostró que no se constituyeron en perdedores debido a sus relaciones históricas con el régimen y el PRI, ni tampoco promovieron una organización para proteger el *status quo*. Es verdad que lo llegaron a plantear en la primera etapa de la reforma, pero terminaron optando por seguir incluidos en las relaciones de poder del sistema político mexicano y no poner en riesgo sus

espacios de poder y sus puestos de trabajo. Su acción fue más de adaptación-colaboración que de oposición dentro de las reglas políticas establecidas por el sistema.

En otro orden, se demostró que los salubristas de izquierda congregados en torno a la Maestría de Medicina Social de la UAM-Xochimilco –articulada a la propuesta de salud colectiva de Brasil y presente en otros países del continente, con un claro proyecto académico crítico en relación a la salud pública en práctica en las instituciones de salud, y cuya práctica se situaba en el terreno social entre los sindicatos–, cobraron fuerza con su adhesión al proyecto político del PRD. Este partido planteó de forma clara un compromiso político con el derecho a la salud como base para la construcción de una sociedad democrática y justa. Dicho compromiso le permitió ocupar el espacio de fuerza política contraria al proceso de reforma en la medida en que no compartía los supuestos del mercado ni la retirada de las responsabilidades del Estado en el suministro de los servicios públicos de salud.

Ahora bien, una cosa es la militancia de ese grupo dentro del partido y otra muy distinta es el mismo partido, cuestión que no se profundizó en mi investigación, pero que considero importante frente al aumento de la presencia del PRD en los gobiernos de los estados de la república. Así pues, que quede esto para otra investigación acerca de los efectos de una mayor presencia del PRD en los gobiernos estatales, y acerca de la mejoría en las políticas de salud y la renovación de las prácticas de intermediación de los intereses, en particular, del clientelismo.

La investigación resaltó la importancia de los salubristas de izquierda en la propia organización y consolidación del partido, y también reconoció que su entrada a éste abrió espacios políticos institucionales mediante la participación en procesos electorales, aportando propuestas y acompañando a los candidatos, así como abriendo, junto al elector, la expectativa de un proyecto distinto para la salud. Todo ello se observó en ocasión de la Reforma a la Ley de la Seguridad Social cuando el PRD actuó como un fuerte aliado de los trabajadores del Seguro Social, logrando encabezar un frente amplio de Defensa de la Seguridad Social. En el marco de dicho apoyo, el ingeniero Cárdenas fue invitado a presentar su programa de gobierno en el Sindicato del Seguro Social; por supuesto, el apoyo al PRD le restó votos al PRI.

Sin embargo, no me fue posible examinar mejor la influencia de ese grupo en los diputados y senadores del PRD, en particular en la posición de ese partido y de sus cuadros en votaciones relacionadas con cambios en la Ley de Salud que afectaron los intereses de la población pobre. Otro ámbito importante de investigación que quedó sin desarrollar se refiere a los vínculos de ese grupo de salubristas de izquierda con las organizaciones sociales que forman parte del PRD y que tienen a la salud entre sus demandas.

La actuación del salubrismo de izquierda encaja en parte en la economía política de los análisis realizados que reconocen las dificultades de los partidos para apoyar las reformas ya que éstos se encontraban preocupados por las sensibilidades electorales. De hecho, su apoyo a la lucha del sindicato del Seguro Social tuvo una base ideológica muy importante que no puede dejar de tomarse en cuenta, lo que, por supuesto, lo favoreció en las elecciones, reforzando, a su vez, el poder de estos sindicatos; cuestión que no se observa ni en la posición del PRI ni en la del PAN.

A su vez, la investigación abarcó el despliegue de los neosalubristas como grupo de poder al mostrar que, en su estrategia para controlar la dirección de la política de salud, buscaban legitimarse ante la elite médica nacional, los organismos internacionales financieros, el sector privado nacional e internacional y los conductores de la política económica como grupo técnico, no sólo capaz de conducir los cambios, sino también de ser los traductores de sus intereses relacionados con la política de salud. Asimismo, se presentó el fundamento de que, como parte de esa estrategia, los neosalubristas apoyaron el discurso y el diagnóstico de la crisis sectorial, y se dedicaron a elaborar los argumentos científico-técnicos para explicar el agotamiento sectorial y la necesidad de reforma, así como las bases técnicas y los instrumentos necesarios para implementar un nuevo modelo técnico-asistencial capaz de regular la demanda, y que permitiera al mercado organizar la oferta para un mejor desempeño.

Llegué a la conclusión de que el concepto de la “nueva salud” fue propuesto en oposición a los de: a) salud pública, dominante en las instituciones del sector y el cual orientaba, hasta entonces, las políticas de salud y de formación de recursos humanos; b) medicina social, que alimentaba el proyecto académico y técnico-asistencial en torno al cual se organizaban los salubristas de izquierda, y c) para dar cuenta de la realidad de los

sistemas de salud, caracterizados por el aumento de la demanda por servicios y la disminución de los recursos en un entorno de libre mercado.

Además, demostré que, para garantizar su reproducción como grupo de especialistas, los neosalubristas forjaron la creación del Instituto Nacional de Salud Pública, desplazando a los salubristas y comprometiendo su continuidad como grupo de poder interesado en influir en la política de salud más allá de un período de gobierno; todo fue garantizado a través de la Fundación Mexicana para la Salud, la cual, idealizada y promovida por el Dr. Soberón, recibió el apoyo del sector privado nacional e internacional y del gobierno mexicano, aunque fue planteada como una organización independiente, capaz de actuar de una forma más autónoma, sobre todo ante el gobierno y los intereses corporativos. El resultado fue, quizás, una Fundación vinculada parcialmente con los intereses del gobierno, y susceptible de una mayor independencia, sobre todo ante los cambios políticos que se presentaron en México.

Sin embargo, esa relativa independencia no fue percibida como indicación de una actuación capaz de renovar la intermediación de los intereses en la sociedad mexicana. Esa debilidad, fue, en cierta medida, un obstáculo para su lucha en apoyo a la reforma, considerando que una de las acciones colectivas de ese actor fue la de producir información a favor de la reforma, para moldear y ganar la confianza de la opinión pública. Muchos sindicatos reconocían la capacidad de sus investigadores para producir información y conocimiento (argumento de autoridad), pero los consideraban comprometidos con la visión del gobierno y del Banco Mundial, sin restarle legitimidad a sus argumentos.

La Fundación orientó sus actividades a la filantropía, a la promoción y desarrollo de la salud, y al cabildeo de los intereses del sector privado en salud, pasando a constituirse en un actor importante, con capacidad de formular propuestas, promover articulaciones y formar cuadros para el sector, todo ello con la intención de influir en la política de salud.

Por consiguiente, la investigación confirmó la importancia de Funsalud en la lucha política por la reforma en tanto adepta del fortalecimiento del rol del mercado en el sector salud, participando de las discusiones que orientaron las negociaciones relacionadas con la apertura de mercado y, concretamente, presionando en las campañas presidenciales para

desburocratizar la legislación sanitaria, aportando propuestas y cuadros para los equipos de gobierno.

Derivado de lo expuesto, ratifico a los autores que afirmaban que el conflicto engendrado por la reforma no era una opción binaria, como la presentaron otros autores, que implicaba ser adoptada o rechazada (Grindle, M., 2003: 77). Encontramos que, en la lucha política alrededor de la reforma y de su conducción política, los actores investigados, por razones distintas, tendieron a reproducir las alianzas con los grupos organizados y con poder, no alterando ni ampliando de manera significativa las coaliciones dominantes, lo que favoreció acuerdos negociados, como ocurrió con la descentralización y con la reforma a la Ley de la Seguridad Social. En ambos casos, el gobierno negoció con los sindicatos, atendiendo sus demandas corporativas, y reforzó el poder de estos sectores; las reformas fueron posibles debido al peso del ejecutivo en México, al control que el PRI tenía en el Parlamento y a la disciplina partidaria. Es necesario reconocer también que estos acuerdos afectarán los resultados de los cambios.

La población que fue blanco de la política de extensión de cobertura fue la gran ausente de los debates y de las movilizaciones de protestas llevadas a cabo por el sindicato del Seguro Social o por los salubristas de izquierda. El grupo de Funsalud consideró que no tenía capacidad organizativa, la infantilizó y la excluyó del debate, prefiriendo, a través de encuestas, hablar por ella a dejar que su voz fuera escuchada. Sus interlocutores privilegiados fueron los empresarios, los médicos de la Academia de Medicina, los economistas, los funcionarios internacionales y los salubristas de Harvard.

Pasadas tres décadas de reforma, el sistema de salud mexicano, sobre el que los neosalubristas tuvieron un papel importante en la definición de políticas y programas, continúa enfrentando prácticamente los mismos problemas de acceso desigual a los servicios y a los recursos de salud y de desempeño que a principios de la década de los ochenta, como se puede constatar a través del reciente documento de la OCDE acerca de los Sistemas de Salud en México.

LA AGENDA PENDIENTE

Persisten la fragmentación institucional y la segmentación del acceso, la falta de recursos financieros y la participación del gasto de bolsillo entre la población más pobre, la desigualdad en la distribución de los recursos, las decisiones verticales y la baja capacidad de la Secretaría de Salud para regular el sistema, cada vez más complejo y con la presencia de más actores, en particular, del sector privado.

Lo novedoso, en términos de política de extensión de cobertura, son los programas focalizados de naturaleza no permanente –a diferencia del Programa IMSS-Coplamar de antes de los años ochenta–, dirigidos a la población pobre, rural e indígena: el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), a principios de los años noventa, financiado con recursos externos y el cual tenía como propósito rescatar la infraestructura de los servicios de salud, dada la falta de recursos, y mejorar la cobertura del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) de 1996 a 2003, en paralelo con Progres, y Oportunidades, administrado por la Secretaría de Desarrollo Social. Ahora, la propuesta del Secretario en turno, la del Seguro Popular de Salud, no obligatorio, que no elimina las cuotas de recuperación cuando se trata de cuidados no contemplados en el paquete de aseguramiento, indica la persistencia del gasto de bolsillo tan condenado por el Secretario de Salud en sus investigaciones; sin embargo, el gobierno de la Ciudad de México, en el que la titular de la Secretaría de Salud es una salubrista de izquierda (la Dra. Asa Cristina Laurell), se posiciona en contra del Seguro Popular por no ser universal ni solidario en su financiamiento, o gratuito.¹²¹

Nos adentramos en un nuevo período de gobierno sin concretar la reforma propuesta y sin concretar una política de protección social capaz de garantizar instituciones públicas solidarias e igualitarias que incorporen efectiva y no retóricamente la participación de los sujetos sociales como sujetos de derechos y no como beneficiarios o consumidores con capacidad de pago.

La sociedad mexicana asiste a una reforma en su sector social que ha utilizado, de forma oscilante, como recurso de poder, el ocultar la política tras la máscara del conocimiento para encerrar la complejidad de una sociedad desigual, heterogénea y

¹²¹ El gobierno de la Ciudad de México fue la última entidad en firmar un Convenio con la Secretaría Federal. En la capital, el Seguro Popular actúa de forma complementaria a los servicios que ofrece el gobierno capitalino desde el 2001 a través del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos.

competitiva que abriga poderes e intereses plurales y contradictorios que justifican la distribución desigual de los sistemas de salud en un mundo objetivo, al tiempo que se habla de desregulación del Estado, de democratización y de una mayor responsabilidad de sus ciudadanos. Pero tampoco ha titubeado en actuar en nombre de sus objetivos inmediatos y en el marco de las relaciones de poder institucional para refrendar actores y mecanismos del régimen político mexicano que, claramente, respaldan relaciones sociales que no favorecen a los excluidos. ¿Será que no estamos frente a un proceso similar al de la gestación de un “huevo de serpiente”, cuya fermentación, más que garantizar un modelo asistencial congruente con una sociedad que reclama derechos, continuará protegiendo y reconociendo los intereses de los que ya tienen en detrimento del todo?

ANEXO 1

LISTA DE LOS EVENTOS, SEMINARIOS Y PRESENTACIONES DE LIBROS ENTRE A LOS QUE ASISTÍ ENTRE 1995 Y 1997

1995

MARZO (del 16 al 19): Encuentro de Trabajadores de la Salud, lema: “Salud y seguridad social para todos”, organizado por el Programa de Educación Laboral y Sindical A. C., SEMPRO.

JULIO (27 y 28): Beneficios, costos y financiamiento de la seguridad social en la Cámara, convocado por el sindicato del IMSS.

AGOSTO (del 15 al 30): Foro de Consulta Nacional Sobre la Reforma de la Seguridad Social en México, convocado por el Frente de Organizaciones ciudadanas a través del Movimiento Nacional Sindical del PRI.

OCTUBRE (el 10): Lanzamiento del Frente de Defensa y fortalecimiento de la seguridad social, Hotel Fiesta Americana, convocado por Antonio Rosado García, Secretario General del Sindicato del IMSS, y por diversas organizaciones sindicales y sociales, y partidos.

NOVIEMBRE: Diplomado en la UAM-Xochimilco, Maestría en Medicina Social en torno a las Reformas y alternativas.

DICIEMBRE (el 5): Seminario Reforma a la Ley del Seguro Social, El Colegio de México.

1996

ENERO (EL 25): Debate en el PRD con Cristina García Sáinz, José Blanco y Lucía Munot, en el Departamento de Atención a la Salud de la UAM-Xochimilco.

FEBRERO: Salud y Seguridad para todos. Implicaciones de la Reforma Sanitaria, convocado por el Programa de Educación Laboral y Sindical A. C., SEMPO.

FEBRERO-MARZO (del 28 al 1º): III Foro, El sindicalismo ante la nación: Seguridad social y justicia social, en el Centro de Convenciones del SNTSS, con la participación de 21 organizaciones sindicales.

MARZO (del 12 al 14): Seminario Internacional Seguridad social en el siglo XXI, Fundación Donaldo Colosio, Cedess, IMSS, UNAM.

MARZO: Seminario sobre la Reforma a la Ley de la Seguridad Social, en El Colegio Nacional.

MARZO (del 25 al 29): Nueva seguridad social, convocado por la CTM.

MAYO: Las políticas sociales y las reformas en salud y seguridad social, Maestría de Medicina Social de la UAM-Xochimilco y Asociación de Educación en Salud Pública.

MAYO (el 30): Hacia una política social alternativa, convocado por el PRD.

JUNIO: El sindicalismo mexicano de cara al siglo XXI, convocado por IESA.

JUNIO (del 5 al 7): La contratación colectiva ante las reformas al sistema de seguridad social, convocado por el Congreso del Trabajo.

JUNIO: La decisión ya está tomada. La cuestión es conocer la nueva ley.

JUNIO: Seminario Latinoamericano de Desarrollo, convocado por Funsalud.

AGOSTO: Seminario de Políticas Sociales, en El Colegio de México.

AGOSTO (el 15): Informe Economía y Salud convocado por Funsalud en el Colegio Nacional de Economistas.

AGOSTO (del 20 al 22): Elementos para una estrategia sindical ante los cambios en los sistemas de seguridad social. Estado de México. Organizado por la disidencia sindical.

AGOSTO (el 23): Seminario Sobre seguridad social. Medicina Social, UAM-Xochimilco.

OCTUBRE: Foro de defensa de la seguridad social, en el Hotel Fiesta Americana.

DICIEMBRE (el 10): Por la Defensa de la Seguridad Social Solidaria, convocada por el Frente de Defensa de la Seguridad social.

1997

ABRIL: Conferencias organizadas por la sección 62 del Sindicato de la Secretaría de Salud.

MAYO: XX Congreso Internacional de LASA. Las sesiones fueron: 1) Funsalud, “Latin American Health in Transition”, con el Dr. Julio Frenk como presidente y expositor; 2) UAM-Xochimilco, la Maestría en Medicina Social, “Salud y nuevas políticas sociales: ¿Avances o retrocesos?”

MAYO: II Reunión Internacional de expertos en Seguridad Social, organizada por el CEDESS (Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social, A. C.) y el CISS. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (del 7 al 9). El eje de la reunión: “Reflexiones sobre las Reformas”.

MAYO (23 y 24): “Foro Nacional por la Defensa de la Seguridad Social”, convocado por la Coordinadora Nacional de Trabajadores de la Educación, Coordinadora intersindical “1° de mayo”, SINTA-CONALEP, SNTEO, ARCIAC, FP, UnioS y Trabajadores Democráticos del IMSS (todas ellas disidencias sindicales y organizaciones políticas).

MAYO (el 28): Sesión conjunta de la Academia de Medicina con la Sociedad Mexicana de Salud Pública y la Facultad de Medicina. Temática: “El impacto de la Salud Pública en México”.

MAYO: Eventos de la Campaña del candidato del PRD para la Jefatura de Gobierno de la Capital con la presencia del ingeniero Cuauhtémoc Cárdenas:

- 1) Encuentro con el Sindicato de Trabajadores del Seguro Social con Cárdenas (el 29).
- 2) Encuentro de Cárdenas con los Trabajadores del Hospital General.
- 3) Cárdenas con los Trabajadores de la Salud, SEMPO, Movimiento de los Enfermos de SIDA, médicos de la UNAM con vínculos administrativos con instituciones públicas,

JUNIO (el 10): Presentación del libro de Funsalud, “Observatorio de la Salud: necesidades, servicios, políticas”. Evento dirigido particularmente a los asociados de Funsalud.

JULIO (el 1°): Partido de la Revolución Democrática (PRD), presentación del libro “La seguridad social mexicana en la ruta de la privatización”.

JULIO (el 7): Banamex, “Cambios de la Seguridad Social en México”.

JULIO (el 25): Consar: “Seminario La Seguridad Social en México. Hotel J. W. Marrito, patrocinado por el Banco Mundial.

JULIO: “Perspectiva de políticas públicas en el Distrito Federal”. Convocado por la UAM, Departamento de política y cultura.

AGOSTO: Foro “El sindicalismo ante la nación”, convocado por los foristas.

AGOSTO (el 19): Conferencia del Director del IMSS, Genaro Borrego en el ITAM.

SEPTIEMBRE: Debate en la Cámara con la presencia de Juan Ramón de la Fuente.

- Hacia una nueva política de salud, convocado por el PRD.

OCTUBRE (17 y 18): Reunión convocada por la CTM para discutir la política económica del Estado.

NOVIEMBRE (5 y 6): Perspectivas de la Reforma de la Seguridad Social, convocado por Coparmex (Confederación Patronal de la República Mexicana), KAS, Fundación Konrad Adenauer Stiftung, Internationale Zusammenarbeit y Cenpros. Objetivo: “Fomentar el diálogo entre

empresarios y sindicatos en torno al futuro de la seguridad social”. En el Hotel Crown Plaza Reforma.

NOVIEMBRE: Seminario “Reforma al sistema de seguridad social y ahorro interno”, en El Colegio de México.

ANEXO 2

LISTA DE LOS ENTREVISTADOS: INFORMANTES CLAVES

a) SALUBRISTAS:

- Asa Cristina Laurell, Investigadora de la Maestría en Medicina Social de la UAM-Xochimilco, integrante del PRD, agosto de 1997.
- Catalina Eibenschutz H., salubrista, investigadora de la Maestría en Medicina Social de la UAM-Xochimilco, febrero de 1997.
- Jorge Burguete Osorio, ex presidente de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, maestro en Salud Pública, consultor de Funsalud, agosto de 1997.
- José Luis Luna, sanitarista, ex director de la Sociedad Nacional de Salud Pública, octubre de 2004.
- María Rosa Márques Cabrera, Diputada del PRD, noviembre de 1997.
- Oscar Alzaga, abogado, miembro del Centro Nacional de Promoción Social, 29 de abril de 1997.
- Ricardo Loewer, Sanitarista de la Escuela de Salud Pública y del Instituto de Salud Pública, afiliado a la Sociedad de Salud Pública, actualmente activista de una organización civil de salud, marzo de 1997.
- Ricardo García Sáenz, ex director del IMSS, PRD, septiembre de 1997.

b) NEOSALUBRISTAS:

- Carlos Cruz Ribero, investigador del Centro de Estudios Estratégicos de la Seguridad Social, 20 de febrero de 1997. Actualmente coordinador del Programa de Economía de la Salud de la Universidad Iberoamericana.
- Jaime Latapí, director del Centro de Estudios Estratégicos de la Seguridad Social, con la presencia de Nuria Sepúlveda, 19 de febrero de 1997.
- Julio Frenk Mora, Director de Funsalud, 03 de abril de 1997.
- Ruiz de Chávez, ex colaborador del Dr. Soberón en la Secretaría de Salud, dirigente del Sector Salud del D.F., miembro activo del PRI, julio de 1997.

c) SINDICALISTAS:

- Alfredo David Díaz Castañeda, Secretario de Conflicto Laboral de la Sección 55 del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud, abril de 1997.
- Angélica Ayala Pliego, médica de la sección 34 del sindicato del IMSS, corriente democrática, agosto de 1997.
- Antonio Rosado, dirigente del Sindicato del Seguro Social, 22 de abril de 1997.
- Francisco Juaréz Hernández, dirigente del Sindicato de los Telefonistas, 20 de mayo de 1997.
- Héctor García, integrante del CEN del sindicato del IMSS, 29 de abril de 1997.
- Jorge Sandoval, integrante del CEN del Sindicato de los Telefonistas, 20 de mayo de 1997.
- Héctor J. Guerrero Ontiveros, Secretario de Trabajo de la Sección 34 del Sindicato del Seguro Social, 27 de mayo de 1997.
- Irma Isla Marín, enfermera del IMSS, Corriente Democrática, junio de 1997.
- Luis Daniel Vargas, Secretario de Capacitación de la Sección del Estado de México del Sindicato del Seguro Social, 10 de junio de 1997.
- Marta Pérez, sindicalista de la Secretaría de Salud del D.F., y Antonio Sánchez, Sindicalista de la Secretaría de Salud, agosto de 1997.
- Ricardo Gascón Espinosa, Instructor de la CTM, 7 de marzo de 1997.
- Rosalba Velázquez, médica sindicalista de la Secretaría de Salud, febrero de 1997.

d) FUNCIONARIO DEL IMSS:

- Carlos Soto, Titular de la Unidad de Servicios Actuariales del Instituto Mexicano del Seguro Social, octubre de 1997.
- Gabriel Martínez González, Director de Finanzas y Sistemas del Instituto Mexicano del Seguro Social, 03 de septiembre de 1997.

e) FUNCIONARIO DE LA SSA:

- Fernando Álvarez, Director de Estudios Económicos de la Secretaría de Salud, 15 de febrero.

ANEXO 3

GUIÓN DE ENTREVISTA CON INFORMANTES CLAVE

A) Introducción donde hago una presentación de la investigación, resaltando su vínculo con la OMS, al tiempo que motivo a quien sea el caso diciéndole que su opinión y experiencia valen mucho.

B) Guión.

1. ¿Cómo caracterizaría usted al sector salud hoy en México?

2. A partir de esa caracterización, ¿cómo sitúa usted el problema del acceso a los servicios?
 - . Dentro de esa modalidad, ¿cuál es el problema más importante para usted?
 - . ¿Usted conoce alguna propuesta que busque una solución?
 - . De ser así, ¿cuál es?
 - . ¿En qué consiste? ¿Y los formuladores?
 - . ¿En algún momento estas propuestas fueron públicas?
 - . ¿Quién las discutió? y ¿en qué tipo de foro?
 - . ¿Tuvieron oportunidad de instrumentalización?
 - . ¿En qué ámbito?
 - . ¿Qué estrategia de puesta en práctica fue utilizada?
 - . ¿Cuáles son los problemas, dificultades y obstáculos para la realización de esas soluciones?

3. Los últimos cambios efectuados durante los dos últimos sexenios y también ahora con el Presidente Zedillo:
 - . ¿Qué tipo de problema cree usted que busca resolver?
 - . ¿Y por qué?

. ¿Opina usted que contribuyen a resolver los problemas referidos anteriormente en torno a la problemática de la accesibilidad?

. De ser así, ¿de qué manera?

. ¿Cómo caracteriza usted ahora el problema de la accesibilidad universal de los servicios de salud?

. ¿Cuáles son los instrumentos puestos en práctica para garantizarla?

. ¿Qué respaldo político existe para su efectividad? ¿Cómo funcionan?

. Y si no lo hacen, ¿por qué?

4. En la puesta en práctica de esas políticas, en particular en el sexenio del Presidente Zedillo, según su percepción:

. ¿Cuál fue la estrategia del gobierno?

. ¿Qué grupos apoyaron estas políticas?

5. En su opinión, la puesta en práctica de esas políticas en el sexenio del Presidente Zedillo:

. ¿Afectó a algún o algunos grupos de interés?

. De ser así, ¿cuáles fueron? ¿Por qué? y ¿cómo actuó o reaccionó ese grupo? ¿En qué ocasión? ¿Qué tipo de aliado buscó?

. En su opinión, ¿contaba el gobierno con esa reacción? y ¿qué hizo?

6. ¿Usted identifica alguna estrategia de negociación de esos conflictos? ¿Cuál es? y ¿cómo fue que se estructuró?

7. ¿Qué opina usted acerca de los procedimientos de accesibilidad a los servicios de salud de hoy? ¿Opina que sería mejor que fueran más universalizados?

8. ¿Hay algo que usted quisiera agregar?

BIBLIOGRAFIA

Abrantes-Pêgo R, Almeida C 2002. “Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México”. Cadernos de Saúde Pública 18 (4): 971-989.

Abrantes-Pêgo R, Arjonilla-Alday S 2002. “Descentralización del sector salud y conflictos con el gremio médico en México”. Revista Saúde Pública 36(3): 324-329.

Abrantes-Pêgo R, Pelcastre B. “La reforma del sector salud en México y la política de salud reproductiva: ¿Agendas contradictorias o complementarias?”. En: Salud reproductiva y condiciones de vida en México. Coord: Susana Lerner e Ivonne Szasz. México, DF: El Colegio de México. En prensa.

Abrantes-Pêgo R. 2006. The slow and difficult institutionalization of health care reform in Sonora: 1982 to 2000. En: Decentralizing health services in México: A case study in State reform. Coordinado por Nuria Homede y Antonio Ugalde, Universidad de California, San Diego, 187-208.

Abbott A. 1988. The system of professions Chicago: University of Chicago Press.

Academia Nacional de Medicina. 1995. El Tratado de Libre Comercio y los servicios médicos: elementos para el análisis y la negociación. Academia Nacional de Medicina. México, DF.

Aguirre-Beltrán G 1986. Antropología médica. Secretaria de Educación Pública. México, DF: CIESSAS.

Aldrete-Haas 1991. La deconstrucción del Estado mexicano, políticas de viviendas, 1917–1988. México, DF: Alianza Editorial.

Almada-Bay 1982. Muertos que no hacen ruido. En: El desafío mexicano. México, DF: Nexos: 33-49.

Almeida C M 1995. As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição? Tese de Doutorado. Brasil, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

Almeida C M 1999. “Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança”. Ciência e Saúde Coletiva 4 (2): 263–286.

Almeida C M 2002. “Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90”. Cadernos de Saúde Pública 18: (4) 905-925.

Alvarez-Amésquita J, Bustamante M, López-Picazos 1992. “La Escuela de Salud Pública de México. Setenta años de vida”. En: Salud Publica de México 34(1): 76-84.

Angulo-Meade J 2001. Hacia el desarrollo de la salud en México. Contribución presente y futura de los seguros de gastos médicos. En: Reflexiones acerca de la salud en México, Editores: Misael Uribe Esquivel y Malaquias López Cervantes, Fundación Clínica Médica Sur. México, DF: Editorial Médica Panamericana: 59-64.

Armada F, Muntaner C, Navarro V 2001 “Health and social security reforms in Latin America: The convergence of the World Health Organization, the World Bank, and Transnational Corporations”. International Journal of Health Services; 31(4): 729-768.

Arteaga C 2001 La política social en la transición. Universidad Nacional Autónoma de México. México, DF: P y V Editores.

Aspe P, Beristáin J 1989. “Distribución de los servicios educativos y de salud”. En: Salud Publica de Mexico 31(2): 240-284.

Atkin Lc 2000. Derechos sexuales y reproductivos. En: Una nueva mirada a la mortalidad materna en México. Editoras: Ma. Del Carmen Elu y Elsa Santos Pruneda. México, DF: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México: 3-20.

Ayala-Cabrera R 1988. Relatoría general. En: El cambio estructural –Desafíos ante la consolidación del Sistema Nacional de Salud, planeación y financiamiento en salud: nuevos esquemas ante la crisis, n°3. México, DF: Secretaria de Salud, 129-139.

Ayala H 1999. Economía del sector público mexicano. Facultad de Economía, México, DF: UNAM.

Babb S 1998. “Los profesionistas en el gobierno y el problema de la tecnocracia: el caso de los economistas en México”. En: Estudios sociológicos XVI (48): 661-688.

Ballinas-Valdés C 2001. “La redefinición de los espacios públicos. Formación y trayectoria de la élite gubernamental mexicana, 1970-1999”. Revista Foro Internacional XLI. (3): 530-566.

Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud: Indicadores del Desarrollo Mundial. Washington, D.C: BM.

----- 1994. Averting the old-age crisis. Policies to protect old and to promote growth Oxford y Ney York: Oxford University Press.

Barrera-Sánchez F 2002 “El programa de desarrollo humano Oportunidades. Una estrategia extensiva de atención a la salud en el campo”. Revista CIESS número 3, 27-34.

Barrer P, compilador 1996. Vivir como iguales, apología de la justicia social. Barcelona: Editorial Paidós.

Bauman Z 1999. Trabajo, consumismo y nuevos pobres. Barcelona, España: Gedisa.

Basáñez M 1981. La lucha por la hegemonía en México 1968–1990, 10ª edición. México, DF: Siglo XXI editores.

Bertranou JF 1995. “La política de la reforma a la seguridad social en México. Análisis de la formulación del Sistema de Ahorro para el Retiro”. En: Estudios sociológicos XIII, (37): 3-24.

Berzosa C 1996. Crisis económicas y retrocesores del Estado de bienestar. En: Pros y contras del Estado del bienestar. Salamanca, España: editores, Ramón Casilda Béjar y José María Tortosa, Tecnos. 253-274.

Blanco G J 1991. Región y clase social en la determinación de la enfermedad: el caso de la meseta Tarasca (Michoacán). En: Salud y Crisis en México. Más textos para el debate, coordinador Ignacio Almada Bay. Cuadernos del CIIH de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF: 205-248.

Blanco M 1995. Empleo público en la administración central mexicana. Evolución y tendencias (1920-1988). México, DF: CIESSAS.

Bizberg I 1990. Estado y sindicalismo en México. México, DF: El Colegio de México.

Bizberg I 2004. Trayectorias políticas e institucionales de México y Brasil: el caso de las relaciones entre el Estado y el sindicalismo. En: Democracia y globalización en México y Brasil, coordinadores: Alba-Vega e Bizberg I. México, DF: El Colegio de México: 143-194.

Bluestone B 2000. Crecimiento económico y desigualdad social: el modelo de Estados Unidos. En: El Estado de bienestar en el cambio de siglo. Madrid, España: Editor: Rafael Muñoz de Bustillo, Alianza: 137-172.

Braun-Brunet J 2001. Sistema Nacional de Protección a la Salud. Seguros de salud, públicos y privados. En: Reflexiones acerca de la salud en México, Editores: Misael Uribe Esquivel y Malaquias López Cervantes, Fundación Clínica Médica Sur. México, DF: Editorial Médica panamericana: 51-58.

Bobbio N 1998. La duda y la elección: intelectuales y poder en la sociedad contemporánea. Barcelona, España: Editorial Paidós.

Bobadilla JL y col 1989. “Avances en la investigación en salud pública. Cinco años de labores del Centro de Investigaciones en Salud Pública, 1984-1989”. En: Salud Publica de Mexico 31(4) 550-568.

Bolos S 1999. La constitución de actores sociales y la política. Universidad Iberoamericana. México, DF: P y V.

Bossert T y otros 1998. “Transformation of ministries of health in the era of health reform: The case of Colombia”. Health Policy and Planning; 13(1):59-77.

Bosset T, González-Rossetti A 2000. Mejorando la factibilidad política de la reforma en salud: un análisis comparativo de Chile, Colombia, México. Boston: Harvard School of Public Health/Health Sector Reform Initiative.

Botella J 1997. La opinión pública ante el Welfare State: ¿Oferta o demanda? En: Buen gobierno y política social. Barcelona: Editores: Salvador Giner y Sebastián Sarasa, Ariel: 191-200.

Bourdieu P 2000. Intelectuales, política y poder. Buenos Aires: Eudeba, Universidad de Buenos Aires.

Bouzas R 2001. Agenda de gobierno y desafíos de políticas en América Latina: notas obre el contexto económico internacional. En: Globalización, identidad y democracia. Coordinación: Labastida J, del Campo M, Camou A. México, DF: Siglo XXI, 285-299.

Brachet-Márquez V 1996. El pacto de dominación, Estado, clase y reforma social en México (1910-95). México, DF: El Colegio de México.

----- 2002. “Elementos para investigar la capacidad estatal político administrativa en materia de salud pública: los casos de Guanajuato, Oaxaca, y Sonora”. Estudios Sociológicos; 20(58): 239-52.

Bresser-Pereira LC 2004. La restricción económica y la democracia. En: política y gestión pública. Argentina: Fondo de Cultura y CLAD: 13-42.

Bronfman M 2000. De la Investigación en salud a la política: la difícil traducción. Instituto Nacional de Salud Pública. México, Santa Fe de Bogotá: Editorial El Manual Moderno.

Bustamante M 1984. La coordinación de los servicios sanitarios federales y locales como factor de progreso higiénico en México. En: La atención médica rural en México, 1930-1980, compilación Hernández-Llamas H. México, DF: IMSS, 35-90.

Cabral-Soto J 2002. “Una experiencia de protección social en el campo mexicano”. En: Revista CIESS, número 3:55-68.

Cabrera G, Hazas A 1992. La seguridad social y el cambio demográfico. En: La seguridad social y el Estado moderno. México, DF: Fondo de Cultura-IMSS-ISSSTE-CISS: 136-162.

Cantú J. 1973. En: El mapa de la salud. México, DF: Secretaria de salubridad y Asistencia.

Cantú A. 1982. Las tareas del Estado. En: El desafío Mexicano. México, DF: Nexos, 49-58.

Cárdenas-de la Peña E 2003. Medicina familiar en México, historia. En el cincuentenario de la propuesta del sistema médico familiar en México, 1954-2004. México, DF: Editorial IMSS.

Carr 1996. La izquierda mexicana a través del siglo XX. México, DF: Ediciones Era.

Casilda R, Tortosa JM, editores 1996. Pros y contras del Estado del bienestar. Madrid: Editorial, Tecnos.

Castells M 1997. Futuro del Estado del bienestar en la sociedad informacional. En: Buen gobierno y política social. Edictores: Giner S, Sarasa S. Barcelona: Ariel, 173-190.

Céspedes-Londoño, Jaramillo-Pérez, Castaño-Yepes 2002. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios en Colombia. Cadernos de Saúde Pública 18 (4): 1003-1024.

Christlieb PF, Algazi LB 1993. La década de los sesenta. En: Evolución del Estado Mexicano, consolidación 1940-1983, 4º edición, México, DF: El Caballito: 109-158.

Clavero S J 1992. Política, ciencia y profesión en el conflicto sanitario. Sevilla: Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones.

Cleaves PS 1985. Las profesiones y el Estado: el caso de México. El Colegio de México. Jornadas Centro de Estudios Sociológicos. México, DF: El Colegio de México.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe –CEPAL 1990. Transformación productiva con equidad – La tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años noventa. Santiago de Chile: Naciones Unidas/CEPAL.

-----, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática –INEGI. 1993. Informe Sobre la Magnitud y Evolución de la pobreza en México. 1984-1992. México, DF: INEGI.

-----, 2002. Indicadores Sociales Básicos de la Subregión Norte de América Latina y El Caribe. LC/MEX/L.537, 5 de agosto.

----- 1998. Los sistemas informales de seguridad social –Experiencias en México y el Istmo Centroamericano. LC/MEX/L.346, 12 de marzo.

Confederación de los Trabajadores de Mexico, CTM (1968). CTM, México. D.F.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social, CISS, 2002. Informe sobre la seguridad social en América 2002. México, DF: CISS.

-----, CISS. 2003. Informe sobre la seguridad social en América 2003. Evaluación de las Reformas. CISS, México, DF.

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Secretaría de Salubridad y Asistencia (1978). Investigación en servicios de salud. Memoria del Seminario llevado a cabo los días 13, 14 y 15 de julio de 1978. México, DF: CONACyT, SSA.

Congreso de la Unión, LVI Legislatura, 1995. Foro Beneficios, Costos y Financiamiento de la Seguridad Social, 27 y 28 de julio de 1995, Palacio Legislativo, San Lázaro, México, DF.

Contandriopoulos AP 1992. Costos y equidad de los sistemas de salud, En: Salud Internacional, Un debate Norte-Sur, Serie de Desarrollo de Recursos Humanos n°95, OPS. Washington, D.C: OPS: 91-108.

Coplamar 1982. Necesidades esenciales en México: situación actual y perspectivas al año 2000, 4, Salud. México, DF: Siglo XXI.

Cordera-Campos R, González-Tiburcio E, 1992. Economía política y seguridad social en México: una aproximación. En: La seguridad social y el Estado moderno. México, DF: IMSS, Fondo de Cultura Económica, ISSSTE: 203-220.

Córdova A 1989. El Discurso académico sobre la salud en México. México, DF: Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco.

Córdova A, *et al* 1989. El ingreso y el daño. Políticas de salud en los ochenta. México, DF: Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco.

Courtwright DT 1996. “La salud pública y el patrimonio público: los costos sociales como base de las políticas de salud restrictivas”. Salud Publica Mexico 38(4): 294-304.

Cuestión Social. Revista del IMSS, n°2, año 85-86. México, DF.

Davis DE 1990. Los movimientos sociales en la crisis de México. En: Interpretaciones sobre el sistema político mexicano. México, DF: IEPES.

Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública 1984. La enseñanza de la medicina preventiva y social en la carrera de medicina en México. Publicaciones Científicas de Medicina Preventiva y Social. México, DF: UNAM.

Deveaux CJ 1981. Algunas consideraciones acerca de la integración de los servicios de salud, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, México, DF: DIF.

Draibe SM 1992. “La reforma del Estado en América Latina: observaciones sobre el caso brasileño”. En: Perfiles latinoamericanos, Revista de la sede académica de México de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; año 1, n°1, 55-84.

Elliot P 1975. Sociología de las profesiones. México, DF: Tecnos, México.

Elu-Cayado MC 1981. De lo institucional a lo comunitario: un programa de salud rural. México, DF: Asociación Mexicana de Población, A.C.

Eibenschutz C 1981. “Hegemonía y salud en el Estado Mexicano”. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales; 106, octubre-diciembre, año XXVII, Nueva época: 39-66.

Eibenschutz C y Telma R (S/F). Historia de la política sanitaria en México. Mimeo.

Fajardo-Ortiz G 2002. De 1982 a 2001: tiempos de reformas y nuevos avances. En: Perspectiva Histórica de la Atención a la Salud en México, 1902-2002. México, DF: Organización Panamericana de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México y Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.

-----2003. Del Hospital de Jesús a institutos, centros médicos y albergues. Historia de los hospitales de la Ciudad de México, 1521-2003. México, DF: GlaxoSmithkline.

Fernández-del Castillo G 1993. La llegada de Adolfo Ruiz Cortínez al poder. En: Evolución del Estado Mexicano, consolidación 1940-1983, tomo III, 4° edición, México, DF: Ediciones El Caballito: 59-90.

Fernández-de Castro 1988. El cambio estructural –desafíos ante la consolidación del Sistema Nacional de Salud- Descentralización de los servicios de salud. Avances y perspectivas del proceso. México, DF: Secretaria de Salud, Gobierno del Estado de Guerrero, Organización Panamericana de la Salud, Vol. 4.

Fiori JL 1996. Neoliberalismo e políticas públicas. Brasil: IMS-UERJ.

Foucault M 1992. Microfísica do poder. 10° edicto. Brasil, Rio de Janeiro: Brasil.

Francisco-Andrés 1997. Sociología y cambio social. Barcelona, España: Ariel Sociología.

Franco R 2001. Introducción. En: Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia. Estudios en homenaje a Aldo E. Solari. Coord: Franco R. México, DF: Siglo XXI, CEPAL: 41-58.

Freidson E 1978. La profesión médica. Barcelona: Ediciones península.

Freire-Campo JM, 2001. El sistema sanitario público: perspectivas de futuro, dirs. Fernández-García T, Marín-Sánchez M, En: Estado de bienestar y socialdemocracia, ideas para el debate. Madrid: Alianza editorial: 129-178.

Frenk J 1988. Descentralización. En: Descentralización de los servicios de salud: retos y perspectivas –memoria- tomo1- Reuniones regionales norte, centro y sur, IEPS, PRI, s-p., mecanografía.

-----1989. Salud: de la investigación a la acción. México, DF: Secretaría de Salud. Fondo de Cultura Económica.

-----1989a. Editorial. Dos años del INSP, Revista de Salud Publica mayo-junio vol.31, nº3, 289-291.

-----1989 b. Discurso de recepción como miembro de la Academia Nacional de Medicina Gazeta Médica de México Academia Nacional de Medicina, nov: 11-12, México: DF.

-----, *et al* 1990. Subempleo y desempleo entre los médicos de las áreas urbanas de México. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública.

-----1991. “Presentación de la Conferencia Magistral” “Dr. Miguel E. Bustamente” durante el II Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, INSP, el 28 de enero, Cuernavaca, Morelos, México. Salud Publica de Mexico 33(6) 630-631.

-----1991b. Los futuros de la salud. México, DF: Nexos.

-----1992. La nueva salud pública, En: La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, DC: OPS. 75-94.

-----1992a. “Mensaje de Despedida a la Comunidad del Instituto Nacional de Salud Pública”. Salud Publica de Mexeco 34(6), 691-694.

-----1997a. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. México, DF: SEP, Fondo.

-----1994a. Médicos, educación y empleo. México, DF: Universidad de Guadalajara.

----- *et al* 1995. “Los médicos en México, 1970-1990”. Salud Publica de Mexico 37(1): 19-30.

----- *et al*. Equidad y salud en México. Población y desigualdad social en México. México, DF: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. UNAM: 271-298.

----- *et al* 1997 Futuros escenarios de la salud en AméricaLatina. Ponencia preparada para el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Cuernavaca, México.

----- 1997a. Observatorio de la salud. En: Cuadernos Funsalud, número 24, México, DF: Funsalud.

-----1998. 20 años de salud en México. México, DF: Nexos, enero, 85-91.

----- *et al* 1999. Pluralismo estructurado, una visión para el futuro de los sistemas de salud en América latina. En: Salud, cambio social y política. Perspectiva desde AméricaLatina, coord.: Mario Bronfmanm Roberto Castro. México, DF: Edamex: 253-276.

----- *et al* 1999. La seguridad social en salud: Perspectivas para la reforma. En: Seguridad social en México. comp.: Fernando Solís Soberón, F. Alejandro Villagómez. México, DF: Cide-Fondo-Consar: 35-102.

Freyermuth G *et al* 2004. Los programas de ampliación de cobertura y arranque parejo en la vida en los altos de Chiapas. ¿Esfuerzos suficientes para abatir la muerte materna en el contexto multicultural? En: La mortalidad materna en México, cuatro visiones críticas. México, DF: Fundar, UAM, Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas y Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población: 71-120.

Fujigaki-Lechuga A 1969. XXV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. En: Higiene Sociedad Mexicana de Salud Pública, Secretaria de Salubridad y Asistencia, México, DF.

-----1980. “Modelos de extensión de cobertura”, En: Memoria de la XXXIV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, del 10 al 14 de noviembre de 1980, México, DF: Sociedad Mexicana de Salud Publica.

-----1984. Memoria de la XXXVII Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, México, DF: Sociedad Mexicana de Salud Pública.

Fuente de la JR *et al* 1990. La investigación en salud: balance y transición México, DF: Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica.

-----*et al* 2001. Federalismo y salud en México. Primeros alcances de la reforma de 1995. Universidad Nacional Autónoma de México. México, DF: Editorial Diana.

Fundación Mexicana Cambio XXI 1993. Gestión moderna y participativa en salud: postulados para el nuevo siglo. México, DF: Editores: Manuel Ruíz de Chávez y Manuel Vázquez Valdés.

Fundación ICA 1997. Filantropía, ciencia y tecnología, Una primera aproximación, Soberón-Acevedo, Valdés-Olmedo, Hernández C. Cuadernos FICA, n°20, México, DF: ICA.

Funsalud 1987. Mensaje de Dr. Guillermo Soberón Acevedo. En Memoria de la Segunda Asamblea General Ordinaria, México, DF: Funsalud.

----- Informe Bienal, 1990-1991, México, DF: Funsalud.

----- El modelo Funsalud. Cuadernos Funsalud n° 1, México, DF: Funsalud.

----- Hombres de la salud en México, Cuadernos Funsalud n°3, México, DF: Funsalud.

-----1993a. Memoria de la séptima reunión de la Asamblea General de Asociados, México, DF: Funsalud.

-----1994. Economía y salud-propuestas para el avance del sistema de salud en México-Informe final, México, DF: Funsalud.

-----1994a. Programa de Trabajo, 1994-1995, México, DF: Funsalud.

-----1994b. Las cuentas nacionales de salud y el financiamiento de los servicios, Economía y salud, documentos para el análisis y la convergencia, n°7, México, DF: Funsalud.

-----1995. La dimensión política en los procesos de reforma del sistema de salud. Documentos para el análisis y la convergencia, México, DF: Funsalud.

-----1995a. El Modelo Funsalud. Experiencia de una década, 1985-1995. Cuadernos Funsalud n°10, México, DF: Funsalud.

-----1995b. Salud, la sociedad civil frente a los desafíos nacionales, X aniversario, México, DF: Funsalud.

-----1996 Salud: mezcla público-privado. Cuadernos Funsalud n°18, México, DF: Funsalud.

-----1996a. Funsalud: una institución ejemplar. Décima Asamblea General de Asociados. Cuadernos Funsalud. México, DF: Funsalud.

-----s/f. Memoria de la Quinta Asamblea General Ordinaria Y Ceremonia de Asociados Honorarios, México, DF: Funsalud.

-----1997. Observatorio de la Salud, necesidades, servicios, políticas. Editor: Julio Frenk, México, DF: Funsalud.

-----y El Instituto Nacional de Salud Pública, 1997. Biografía Dr. José Luís Bobadilla. Una Vida en Transición, 1955-1996, México, DF: INSP.

-----1997a. 1985-1997, 1997-2010, México, DF: Funsalud.

-----1997b. Desarrollo Institucional de Funsalud: Un estudio de caso. De Cuauhtemoc Valdés Olmedo. Cuadernos Funsalud, número 20, febrero, México, DF: Funsalud.

-----2001. Hacia un México más saludable: Una visión del sector privado. En: Informando & Reformando, oct/Dic, n°10. México, DF: Funsalud.

Gallaga-García R 1992. El concepto integral de seguridad social y las prestaciones sociales o complementarias. En: La seguridad social y el Estado moderno. México, DF: Fondo de Cultura: 77-102.

García JC 1989. Everardo Duarte Nunes (Org). Pensamento social. Saúde Na América Latina. São Paulo, Brasil: Cortez Editora Abrasco.

García-Pérez G 1982. Comentarios sobre la investigación para la salud. En: Consulta popular para la planeación democrática –Salud y seguridad Social, Ponencias, México, DF: PRI, IEPS, CEPES, mayo.

García-Sainz R 1995. Doctrina y objetivos de la seguridad social, En: Foro beneficios, costos y financiamiento de la seguridad social, Palacio Legislativo, San Lázaro, México, DF, 19-38.

Ginsburg N 2000. El Estado de bienestar británico y el gobierno conservador: 1979-1997. En: El Estado de bienestar en el cambio de siglo, editor: Muñoz de Bustillo R, Madrid, España: Alianza: 173-194.

Gómez-Dantés O *et al* 1999. “Evaluación de programa de salud para población no asegurada”. Revista de Saúde Pública 33 (4): 401-12.

Gómez-Dantés (s/f). Reporte de Evaluación del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta. Mimeo.

González-Block MA 1989. Economía política de las relaciones centro-locales en las instituciones de salud de México. Tesis para obtener el grado de doctor en el Centro de estudios Sociológicos de El Colegio de México. Centro de Estudios Sociológicos, México: El Colegio de México.

----- *et al* 1997. Experiencias de reforma a los sistemas de salud en el mundo”. En Observatorio de la salud, necesidades, servicios, política. Editor: Julio Frenk, México: Funsalud, 285-306.

González LM, Rodríguez-Cabrera L (Compiladores y editores, 1995). Desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública: La experiencia de México. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

González-Rossetti *et al* 2000. Mejorando la factibilidad política de la reforma en Salud: Un análisis comparativo de Chile, Colombia y México, la iniciativa regional latino América y el Caribe para la Reforma en Salud. Escuela de Salud Publica de Harvard, Health Sector Reform Initiative, n° 36, junio.

Gordon S 2000. Política social. En: Léxico de la política, compilado por Baca-Olamendi L, Bóxer-Liwerant J y otros. México, DF: SEP-Conacyt, Fondo, FLACSO: 587-593.

-----1999. Del universalismo estratificado a los programas focalizados. Una aproximación a la política social en México. En: Políticas sociales para los pobres en América Latina, Coord. Schteingart M. México, DF: Porrúa: 49-80.

De Gortari-Gorostiza E 1992. La estrategia de APS a 14 años de la recomendación de su aplicación. En: Sociedad Mexicana de Salud Pública, XIV Reunión Anual, México: Sociedad Mexicana de Salud Publica.

Grindle M 2003. A pesar de los presagios adversos: economía política de la reforma del sector social en América Latina. En: Desarrollo, equidad y ciudadanía, las políticas sociales en América Latina, Coordinadores: Puyana A y Farfán G. México, DF: FLACSO México y Plaza y Valdés editores, 69-97.

Gutiérrez-Arriola 2002. México dentro de las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social de América Latina. México, DF: UNAM- Siglo XXI Editores.

H. Congreso de la Unión 1995. Foro. Beneficios, Costos y Financiamiento de La Seguridad Social, Palacio Legislativo: México.

Hernández-Bringas HH 2001. La mortalidad infantil en México durante los años de crisis. México, DF: CRIM-UNAM.

Hernández-Llamas 1984. La atención médica rural en México (1930-1980). México, DF: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Hernández-Llamas 2001. La mortalidad infantil en México durante los años de crisis. México, México: Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Hernández P *et al* 1997. Las cuentas nacionales de salud. En: Observatorio de la Salud, necesidades, servicios, políticas. México, DF: Editor: Julio Frenk, Funsalud, 119-142.

Heróles-González 1988. Algunas consideraciones acerca del financiamiento del sector salud. En: El cambio estructural –Desafíos ante la consolidación del sistema nacional de salud, planeación y financiamiento en salud: nuevos esquemas ante la crisis, n°3. México, DF: Secretaria de Salud, 54-73.

Hintze S 2000. Sobre las políticas sociales en los umbrales del siglo XIX: tesis, hipótesis y desafíos, En: Estado y sociedad, Las políticas sociales en los Umbrales del siglo XIX, compiladora Hintze S, Colección CEA, Centro de Estudios Avanzados. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 15-24.

Hochman G, Armus D 2004 (Organizadores). Cuidar, controlar, curar. Ensaíos históricos sobre saúde e doença na América Latina e caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Brasil.

Homedes N, Ugalde A 2002. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. Gac Sanit 2002: 54-62.

Illich I 1978. Nemesis medica. La expropiación de la salud. México, DF: Joaquín Mortiz.

Informing & Reforming 1998. Editorial: The newsletter of the internacional clearinghouse of health system reform initiatives. Editorial, apr-jun, n 6, México: Funsalud

Instituto Mexicano del Seguro Social 1996. Evidencias para el debate. Resultados y perspectivas financieras de la seguridad social. México, DF: IMSS.

Instituto Nacional de Salud Pública 1987. El Centro de Investigación en Salud Pública 1986-1987, México, DF, Cuernavaca: Secretaría de Salud.

Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Salud Pública, 1984-1989-cinco Años de labores, octubre de 1989. Cuernavaca: INSP.

Instituto Nacional de Salud Pública 1992. Cinco Años de Vida 1987-1991. Cuernavaca, México: INSP.

Instituto Nacional de Salud Pública, Fundación Mexicana para la Salud 1997. José Luís Bobadilla, Una vida en transición, 1955-1996. México: INSP.

Iriart C, Elias Merhy E, Waitzkin H 2000. "La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma". Cadernos de Saúde Pública, 16, ene./mar, 95-105.

Iriart C, Waitzkin-Breilh J, Estrada A, Elias E 2002. "Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos". Revista Panamericana de Salud Pública 12 (2): 129-136.

Jamilson D, Mosley WH, Meashim AR, Bobadilla JL (compiladores.) 1994. Prioridades en la lucha contra las enfermedades en los países en desarrollo. Washington, DC: Banco Mundial- Oxford Medical Publications.

Kumate J, Soberón G 1989. Salud para todos-¿utopía o realidad? México, DF: El Colegio Nacional.

Labastida-Ochoa, 1998. Presentación. En: A la mitad del camino. Tres años de Gobierno del Presidente Ernesto Zedillo, 1994-1997., Compiladora: Enriqueta Cabrera. México, DF: El Nacional, 15-16.

Laguna J 1979. Introducción. En: Investigación de servicios de salud. México, DF: Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 11-12.

Laguna J 1990. "Las estrategias para la investigación aplicada". Salud Publica de Mexico 32(4): 487-491.

Laguna-García 1991. "Las relaciones entre los problemas prioritarios de salud y la determinación de las prioridades en investigación en salud". Salud Publica de Mexico 33(6) 632-639.

Laurell AC 1980. Salud pública en América Latina, tendencias de la salud pública en América Latina. Santo Domingo República, Dominicana. Editora Alfa y Omega, C. A.

Laurell AC 1978. Proceso de trabajo y salud. Cuadernos Políticos, núm 17, julio-septiembre, México, DF.

Laurell AC 1990. Por una política social alternativa: la producción de servicios públicos. En: México -La búsqueda de alternativas. México, DF: Comp. CEPNA S.C., Ediciones de Cultura Popular, UNAM, 185-210.

Laurell AC, Ortega ME 1991. El impacto del Tratado de Libre Comercio en el Sector salud. Documento de trabajo núm.36, México, DF: Fundación Friedrich Ebert.

Laurell AC 1992. "La política social en el proyecto neoliberal. Necesidades económicas y realidades socio-políticas". Cuadernos Médico Sociales No. 60: 3-17.

- Laurell AC 1992a. Avanzar al pasado: la política social del neoliberalismo. En: Estado y políticas sociales en el neoliberalismo. Coodinadora: Laurell AC, México, DF: Friedrich Ebert Stiftung, 125-144.
- Laurell AC, Mora 1992. Presentación. En: Estado y políticas sociales en el neoliberalismo, Coodinadora: Laurell AC. México, DF: Friedrich Ebert Stiftung, 7-8.
- Laurell AC 1994. “A nova face da política social mexicana”. En: Lua Nova CEDEC, 32: 17-36, Sao Paulo, Brasil.
- Laurell AC 1996. Una Ley privatizadora y sin consensos. México, DF: Centro Nacional de Promoción Social (1996). Cuadernos de Trabajadores 7.
- Laurell AC 1996. Los modelos de seguridad social. Premisas, conceptos y consecuencias. En: La reforma de salud y seguridad social. Concepciones y propuestas de los distintos actores sociales. México, DF: Fundación F. Ebert.
- Laurell AC 1996b. Políticas alternativas de seguridad social y salud. Contrato privado derecho social. En: Políticas públicas alternativas en México. Coord: Enrique de la Garza-Toledo. México, DF: La Jornada Ediciones, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades/UNAM, 283-310.
- Laurell AC 1999. La política de salud en el contexto de las políticas sociales. En: Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina coordinado: Bronfman M, Castro R., México, DF: EDAMEX: 239-252.
- Laurell AC 2001. Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social. Cómo garantizar y ampliar tus conquistas históricas. México, DF: Editorial Planeta Mexicana.
- Laurell AC 2001a. “Health reform in México: The promotion of inequality”. International Journal of Health Services, 31(2): 291-321.
- Lautier B 2004. Las políticas sociales en México y Brasil: seguridad social, asistencia, ausencia. En: Democracia y globalización en México y Brasil. México, DF: El Colegio de México, 381-427.
- Leyva R 1993. La descentralización municipal de los servicios de salud en México. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Loewe R 1988. “Desplazamiento de personal adiestrado en salud pública: teoría para la acción”. Revista Higiene, Sociedad Mexicana de Salud Pública 38(3): 3-4, México.
- Loewe R 1989. “¿Obsolescencia de los trabajadores de la salud pública?” Higiene, Sociedad Mexicana de Salud Pública, México

López-Acuña D, 1980. La Salud desigual en México. Salud y sociedad. México, DF: Siglo XXI. Editores, S. A.

López-Acuña D 1984. Salud y seguridad social: problemas recientes y alternativas. En: México, hoy, coordinadores: Pablo González Casanova y Enrique Florescano. México, DF: siglo veintiuno editores: 177-219.

López A, Padilla U 1996. “Cuando las Afores nos alcancen”. En: La Jornada, jueves 25 de enero.

López A, Padilla U 1992. La política de salud en México: ¿un ejemplo de liberalismo social? En: Estado y políticas sociales en el neoliberalismo, Coodinadora: Laurell AC. México, DF: Friedrich Ebert Stiftung, 165-182.

López-Arellano, Blanco Gil 2001. “La polarización de la política de salud en México”. Caderno de Saúde Pública, Escola de Saúde Pública 17 (1): 43-54, Brasil, Rio de Janeiro.

López-Cervantes M, Gamboa-Borraz 2001. Panorama general de la salud. En: Reflexiones acerca de la salud en México. Editores: Misael Uribe Esquivel y Malaquías López Cervantes. México, DF: Editorial Médica Panamericana, Fundación Clínica Médica Sur: 237-240.

Loza-Saldívar A, Cura-Vázquez J 1975. “Las condiciones de la salud en México en 1973”. Salud Publica de Mexico XVIII (5): 627-656.

Luna J, García S 1997. La nueva Ley del Seguro Social y las Afore. México, DF: Centro Nacional de Promoción Social, Cuadernos de Trabajadores 15,3-43.

Luna M 2000. Formas de consenso en el ámbito académico. Límites y perspectivas de un modelo de participación en México. En: Consenso y coacción. Estado e instrumentos de control político y social en México y América Latina (siglo XIX y XX), coordinares: Forte R y Guajardo G. México, DF: El Colegio de México y El Colegio Mexiquense, 237-254.

Lustig N 1994. México: hacia la reconstrucción de una economía. México, DF: El Colegio de México y Fondo de Cultura Económica.

De la Madrid M, 1983. Primer Informe de Gobierno. México, DF.

De la Madrid M 2004. Cambio de rumbo, con la colaboración de Lajous A. México, DF: Fondo de Cultura.

Martínez-Báez M 1994. Médicos, enfermedades y salud. México, DF: El Colegio Nacional.

Martínez G 2005. El Estado mexicano de bienestar. México, DF: Porrúa.

Márquez-Pereira J 1994. La reducción de la intervención social del Estado. En: Democracias posibles-El desafío latinoamericano, Comp. Couffignal G, México, DF, 227-246.

Martínez-Domínguez M 1997. Informe del Presidente del Consejo Directivo. En: El difícil arte de la filantropía. Undécima asamblea General de Asociados. México, DF: Cuadernos Funsalud: 11-19.

Martínez-Salgado C, Leal-Fernández G 1995. Panorama de la política de salud y seguridad social en México y su relación con el perfil de daños a la salud: primer cuatrimestre de 1995. México, DF: UAM, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Reporte de Investigación n° 70.

Martuscelli J, Faba G 1991. Evaluación de tecnologías médicas en los países en desarrollo: desafíos y dificultades, Febrero, mecanografiado.

Mayagoitia H, Soberón G 1986. Investigación científica y desarrollo tecnológico en México. En: La importancia de la investigación científica para el desarrollo de la sociedad moderna. Punta del Este, Uruguay: Secretaría de Salud, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, mecanografiado.

Mechanic D, Rochefort DA 1996. "Comparative medical systems". Annul Rev. Sociol. 22: 239-270.

Melucci A 1999. Acción colectiva, vida cotidiana y democracia. México, DF: El Colegio de México.

Melo MA, Costa R 1995. "A difusao das reformas neoliberais: Análise estratégica, atores e agendas". Contexto Internacional; 17 (1): 89-113.

Melo MA, Costa R 1993. "A anatomia do fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na Nova República". Dados Rio de Janeiro; 36 (1):119-163.

Menéndez E 1981. Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán. México, DF: Ediciones de la Casa Chata, CIESAS.

-----1984. "Centralismo o autonomía, la nueva política del sector salud en México". Boletín de Antropología Americana. Instituto Panamericano de Geografía e Historia, n°10, diciembre. México, DF: 85-95.

-----1990. Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social, México, DF: Ciesas.

-----1990a. Continuidad y discontinuidad del proyecto sanitario mexicano, crisis y reorientación neoconservadora. En: Salud y crisis en México, texto para un debate, Coord. Almada-Bay I. México, DF: Centro de Investigación Interdisciplinarias en Humanidades, UNAM: 221-245.

-----1992. Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate, Publicación Científica, n°540, Washington, EUA: OPS, 03-22.

-----1992a. Achiquemos el Estado mientras la muerte está. En: El nuevo estado mexicano, coord. Alonso J y otros, México, DF: Nueva Imagen: 177-206.

-----y García J 1992. Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica en México, Guadalajara, Jalisco, México: Universidad de Guadalajara.

-----1992b. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: La antropología médica en México, Comp. Campos R, Tomo 1. México, DF: Instituto Mora: 97-111.

-----1993. Autoatención y participación social: estrategias o instrumentos en las políticas de atención primaria. En: Medicina tradicional 500 años después. Historia y consecuencias actuales. II Seminario Latinoamericano sobre la teoría y la práctica en la aplicación de la medicina tradicional en sistemas formales de salud. Coord. Por Roersh C, Tavares de Andrade JM, Menéndez E (org.). Puerto Rico: Instituto de Medicina Dominicana, 63-104.

-----1994. De la representación a la práctica. Atención primaria o primer nivel de atención. En: Sociedad, economía y cultura alimentaria. Compiladores: Doode S, Pérez EP. México, DF: CIAD y CIESAS; 303-327.

-----y Di Pardo R 1996. De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización. México, DF: Colegio Miguel Othón de Mendizábal, CIESAS.

-----1997. “El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad”. Relaciones, 69:239-270.

-----1998. Saber local y toma de decisiones, En: Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro. Coordinado: Haro JA, De Keijzer B. México, DF: El Colegio de Sonora-Produssepe-OPS, 65-88.

-----1998a. Antropología médica e epidemiología. En: Teoría epidemiológica Hoje, fundamentos, interfaces e tendencias. Organizadores: Almeida-Filho N, Lima-Barreto M,

Peixoto-Veras R, Barradas-Barata R Série epidemiológica 2, Rio de Janeiro, Brasil: Abrasco, Fiocruz, 81-104.

-----2006. Poblaciones abiertas, seguras y privadas: cambios, reorientaciones y permanencias en el sector salud mexicano. En: Economía y política. Coordinadores: Alberto Aziz Nassif y Jorge Alonso Sánchez. México, DF: CIESSAS, Porrúa: 151-192.

Mercer H 1984. “Integración de servicios de salud, México 1981-1983”. En: Cuadernos médicos sociales, núm.31, Argentina

Merhy-Emerson E 1992. A saúde pública como política. Um estudo de formuladores de políticas. Sao Paulo, Brasil: Editora Hucitec.

Mesa-Lago 1985. El desarrollo de la seguridad social en America Latina. Estudios e Informes, n° 43. Santiago, Chile: CEPAL.

Minayo MC 1999. Prefácio. En: Sobre a sociologia da saúde. São Paulo, Brasil: Duarter-Nuñes E, Hucitec: 17-26.

Moctezuma-Barragán G 2002. Derechos de los usuarios de los servicios de salud. Cámara de Diputados. LVIII Legislatura. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México.

Modena ME 1989. “Vicios públicos, virtudes privadas: individuos, personas y conjuntos sociales en la salud y la enfermedad”. Nueva Antropología; X; (36): 89- 115.

Montoro-Romero C, Montoro-Romero R 1996. Del Estado de bienestar a la sociedad de bienestar. En: Pros y contras del estado de bienestar. Editores: Casilda-Béjar R, Tortosa JM. Madrid: Tecnos: 75 -100.

Mora-García MA y otros 1992. “La formación e incorporación de personal de nivel técnico en la Secretaria de Salud”. En: Sociedad Mexicana de Salud Pública, XLVI Reunión Anual, Trabajos Seleccionados, octubre, México, Vera Cruz.

Morales-Portas 1992. Estructura administrativa de la seguridad social. En: Seguridad social y el Estado moderno. México, DF: Fondo de Cultura, IMSS, ISSSTE: 388-406.

Mouffe C1998. Ciudadanía democrática y comunidad política. En: Debates políticos contemporaneos. En los márgenes de la modernidad. Coordinadora: Rosa Nidia Buenfil. México, DF: PyV editores: 127-142.

Murray CJL 1995. “Cuantificación de la carga de enfermedad: la base técnica del cálculo de los años de vida ajustados en función de la discapacidad”. En: Bol Oficina Sanit Panam; 118(3) 221-229.

Mussot ML 1999. Hacia una alternativa de reforma al seguro de enfermedad y maternidad del IMSS. Coord: Ramírez-López BP. En: La seguridad social, reformas y retos. México, DF: Unam-Porrúa: 101-124.

Nájera E, Cortés M, García C 1989. “La reorientación del sistema sanitario, necesidad del enfoque epidemiológico”. Revisiones de Salud Pública; 1: 15-30.

Narro-Robles J 1996. Modelo de atención a la salud para población abierta, En: Hacia la federalización de la salud en México. México, DF: Consejo Nacional de Salud, SSA.

Navarro V. 1995. La economía política del Estado del bienestar. En: sistema, Universidad Pompeu Fabral. (The John Hopkins University): 3-53.

Navarro V 1989. “El sistema mixto público/privado en la financiación y provisión de los servicios sanitarios: un estudio internacional”. Revisiones en Salud Pública: 75-82.

Navarro V 1997. Gobernabilidad, desigualdad y Estado de bienestar. (La situación en EE.UU. y su relevancia para Europa. En: Buen gobierno y política social. Salvador G, Sarosa S (eds.) España: Editorial Ariel: 81-112.

Neuhaus R 1994. Welfare reformed, United States of America: P & R Publishing.

Nuñes E (org.) 1985. As ciências sociais em saúde na América Latina. Brasilia: OPAS/OMS.

Nuñes E 1999. Sobre a sociologia da saúde. Sao Paulo, Brasil: Hucitec.

Núñez-Maciél G 1992 “¿Qué recursos humanos se necesitan en el sector salud y quién debe decidir? Un enfoque histórico-asistencial.” En: Sociedad Mexicana de Salud Pública, XLVI Reunión Anual, Trabajos seleccionados, octubre, Veracruz, México.

OCDE 2005. Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud. México, DF: OCDE.

Ochoa-de Mendoza 1980. “Coordinación inter e intrasectorial en nivel superior”. En: Memoria de la XXXIV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Publica, del 10 al 14 de noviembre, Sociedad Mexicana de salud Publica, México.

O'Connor A. 2000. “Poverty research and policy for the post-welfare era”. Annul Rev Sociol 26:547-562.

Offe C 1983. “A democracia partidária competitiva e o welfare state keynesiano: fatores de estabilidade e desorganização”. Dados; 26(1), Rio de Janeiro, Brasil.

Offe C, Wiesenhal 1984. Duas lógicas da ação coletiva: anotações teóricas sobre classe social e forma organizacional. En: Problemas estruturais do Estado capitalista. Rio de Janeiro, Brasil: Tempo brasileiro, 56-118.

Offe C 1988. Criterios de racionalidad y problemas del funcionamiento político-administrativo. En: Partidos políticos y nuevos movimientos sociales. Madrid: Editorial Sistema, 7-26.

Offe C 1990. Contradicciones en el Estado del Bienestar. Madrid: Alianza Editorial.

Oficina del Alto Comisionado de la Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México 2004. Diagnóstico sobre la situación de los Derechos Humanos en México. México, DF: Mundi-Prensa.

Olaíz G y otros 1994. La información en salud: Estadísticas en salud. Cuadernos de salud, n°3. México, DF: Secretaria de Salud.

Organización Panamericana de Salud, Centro Panamericano de Planificación de la Salud 1975. Formulación De Políticas de Salud. Santiago, Chile: OPS. Mimeografiado.

-----1977. Extensión de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Washington, D.C: EMSA4/.

-----1994. El Comercio internacional de servicios de salud: principales cuestiones y oportunidades para los países de América Latina y el Caribe. Programa de políticas de salud, División de Salud y Desarrollo, informe preparado por David Díaz y Margarita Hustado, Serie Informes Técnicos n°. 33, Washington, DC: OPS.

-----1997. Tendencias futuras y renovación de salud para todos. Montevideo, Uruguay, 9 al 12 de junio de 1996. Oficina de Análisis y Planificación Estratégica. Washington, DC: Informes Técnicos OPS7DAP/96.10.28.

-----2001. Modalidades de descentralización en el sector salud y sus contribuciones a la equidad: elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo, organizado por Luisa Guimaraes, Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, DC: Serie Informes Técnicos n° 76, septiembre.

Ortega-Lomelín 1988. Utilización y movilización de recursos para la atención a la población abierta. En: El cambio estructural –Desafíos ante la consolidación del Sistema Nacional de Salud, planeación y financiamiento en salud: nuevos esquemas ante la crisis, n°3. México, DF: Secretaria de Salud, 46-53.

Ortega, Solís de Alba 1992. México: Estado y sindicatos, 1983-1988. Mesa obrero-sindical, México.

Page-Pliego J T 2002. Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1857-1995. México, DF: Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste, UNAM, Instituto de Estudios Indígenas, UNACH.

Perez-Duarte F 1988. “La jurisdicción de salud en el Estado de Sonora. En: El cambio estructural: desafíos ante la consolidación del Sistema Nacional de Salud. Fortalecimiento de los sistemas locales de salud: jurisdiccionales y municipales, México, DF: Secretaría de Salud y Asistencia/OPS, n° 2, 97-104.

Poder Ejecutivo Federal Plan Nacional de Desarrollo 1991. Informe de ejecución por la defensa y fortalecimiento de las instituciones de salud pública y la seguridad social, Ciudad de México, octubre 10 de 1995.

Portes A 2001. El neoliberalismo y la sociología del desarrollo: tendencias emergentes y efectos inesperados. En: Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia. Estudios en homenaje a Aldo E. Solari, coord. Franco R. México, DF: Siglo XXI y CEPAL, 59-86.

Pozas Horcasitas 1993. La democracia en blanco: el movimiento médico en México. 1964-1965. México, DF: Siglo XXI, editores.

Pozas Horcasitas 1983. “El desarrollo de la seguridad social en México”. Revista Mexicana de Sociología, Instituto de Investigaciones Sociales: 27-63, DF, México.

Presidencia de la República, Gobierno de Miguel de la Madrid, 1985. Crónica del sexenio 1982-1988, segundo año. Unidad de la Crónica Presidencial. México, DF: Fondo de Cultura Económica: 59-86.

Procacci G 1999. Ciudadanos pobres, la ciudadanía social y la crisis de los estados de bienestar, En: Ciudadanía: justicia social, identidad y participación. García S, Lukes S (comps.). México, DF: Siglo XXI editores: 15-44.

Programa Nacional Mujer y Salud, PRONAMUSA. 1985. Mujer joven y salud, cifras comentadas. Sector Salud. México, DF: SSA.

Programa Nacional Mujer y Salud, PRONAMUSA 1988. La salud de la mujer en México, cifras comentadas. México, DF: OPS/OMS, México, DF.

Prud'Homme JF 1994. Elecciones, partidos y democracia. En: La construcción de la democracia en México, coordinador, Víctor Manuel Durand Ponte. México, DF: Siglo XXI editores, 25-102.

-----1996. Party strategies and negotiations over the rules for electoral competition: México, (1988-1994). Toronto: Ph.D. Dissertation in Political Science, York University.

-----2002. El partido de la Revolución Democrática (de México) y los dilemas de su institucionalización. Ponencia presentada en el seminario sobre “La izquierda en América Latina, Grupo de trabajo partidos políticos y sistemas electorales. Brasil: FLACSO-Campinas.

Ramesh M 2000. El Estado de bienestar en transición: Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelandia en la década de los noventa. En: El Estado de bienestar en el cambio de siglo. Editor: Muñoz-de Bustillo R. Madrid, España: Alianza: 109-136.

Ramírez B 1999. La seguridad social. Reformas y Retos. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Económicas.

Randaelli C 1995. “The role of knowledge in the policy process”. Journal of European Public Policy; 2.2 June 159-183

Reinhard W (coord.) 1996. Las élites del poder y la construcción del Estado –génesis del Estado moderno en Europa, siglos XIII a XVIII. México, DF: Fondo de Cultura Económica.

Reyna J L 1995. (Compilador) América Latina a fines de siglo. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México, DF: Fondo de Cultura Económica.

Rincón G, Alcocer J, Ruíz R, 1990. México, la búsqueda de alternativas. México, DF: Ediciones de Cultura Popular. Facultad de Economía. UNAM.

Rivera-Ríos MA 1992. El nuevo capitalismo mexicano. El proceso de reestructuración en los años ochenta. Colección Problemas de México. México, DF: Ediciones Era.

Rodríguez-Ajenjo, Galicia V 1979. “Las políticas de salud y las luchas de los trabajadores”. Cuadernos Políticos, nº 19, enero-febrero: 50–68.

Rodríguez-Cabrero 1997. Conflicto, gobernabilidad y política social. En: Buen gobierno y política social, editores: Salvador Giner y Sebastián Sarasa. Barcelona: Ariel: 113-132.

Rodríguez-Domínguez 1979. Estrategias para el desarrollo de la investigación de servicios de salud. En: Investigación de Servicios de Salud (ISS). México, DF: Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología, Secretaria de Salubridad y Asistencia, 273-283.

Rodríguez-Ramos MG y otros 1988. Estudios sobre los recursos y la prestación de servicios médicos en el Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey –Informe técnico de resultados. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaria de Salud.

Rodríguez-Rejas M J 2004. ¿Por qué la producción de conocimiento ya no es lo que fue? (Falsa consciencia en la intelectualidad latinoamericana), En: América Latina: los desafíos del pensamiento crítico, coordinadoras Sánchez-Ramos I, Sosa-Elizaga R. México, DF: Siglo XXI editores, UNAM, 74-112.

Rosanvalon P 1995. La nueva cuestión social, repensar el Estado providencia. Argentina: Manantial.

Rousseau I 2001. México: ¿una revolución silenciosa? 1970-1995, (Elites gubernamentales y proyecto de modernización). México, DF: El Colegio de México.

Ruezga-Barba A 2005. Desafíos de la reforma del seguro social en México. México, DF: Biblioteca CIESS.

Ruiz-de-Chávez 1988. Planeación y financiamiento de la salud ante la crisis. En: El cambio estructural –Desafíos ante la consolidación del Sistema Nacional de Salud, Planeación y financiamiento en salud: nuevos esquemas ante la crisis, n°3. México, DF: Secretaria de Salud, 39-45.

-----1989. “Fundamentos doctrinales del quehacer de la salud”. Salud Publica de Mexico, 31(3) 402-406.

Ruiz-Contardo E 2004. La desconocida y manipulada relación entre ciencia e ideología. En: América Latina: los desafíos del pensamiento crítico, coordinadoras: Sánchez-Ramos I, Sosa-Elizaga R. México, DF: Siglo XXI, UNAM, 50-73.

Ruiz-Massieu JF 1983. El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud. En: Derecho constitucional a la protección de la salud, Editores Soberón-Acevedo G, México, DF: Angel Porrúa, 67-80.

-----1985. México. En: El derecho a la salud en las Americas. Estudio constitucional comparado, OPS, n° 509. Editores Hernán L. Fuenzalida-Puelma, Ccholle-Connor S.

-----1986. La descentralización de los servicios de salud. En: La descentralización de los Servicios de salud: el caso de México. México, DF: Miguel Ángel Porrúa.

Ruiz-Moreno AG 2004. Nuevo Derecho de la Seguridad Social. México, DF: Editorial Porrúa.

Salles V, Tuirán R 2003. Dentro del laberinto. Jornadas 140. México, DF: El Colegio de México.

Sánchez-Ramos, Sosa-Elizaga 2004 Coordinadores. América Latina: los desafíos del pensamiento crítico. México, DF: Siglo Veintiuno editores, México.

Sani G 1981. Consenso. En: Diccionario de política. Noberto Bobbio, Incola Matteucci. México, DF: Siglo XXI, 365-369.

Santos-Burgoa C 1995. La investigación en salud pública en México. En: Desarrollo de la Teoría y Práctica de la Salud Pública: La experiencia de México, Comp y editores, León-González M, Rodríguez-Cabrera L. México, DF: INSP: 52-79.

-----1993. Ponencia presentada en el Foro Tendencias Internacionales en Políticas de Salud. Implicaciones para México del Informe del Banco Mundial, 1993. Reforma del Sector Salud, Parte 11: Recursos Humanos en Salud Pública, 30 de julio, mimeo, 1-5.

Sarralde-Corona S 2005. El impacto de la jubilación. Trabajadores del IMSS y sus familias en la ciudad de México. Tesis doctorado en Antropología Social del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México, DF: CIESAS.

Scout J 2005. "Seguridad social y desigualdad en México: de la polarización a la universalidad". En: Bienestar y política Social vol.1 (1) 59-82.

Schmitter P 1992. ¿Comunidad, mercado, Estado; asociaciones? La contribución prospectiva del gobierno de interés al orden social. En: Neocorporativismo II: Más allá del estado y el mercado Coord.: Schmitter P, Streeck W, Lehmbruch G. México, DF: Alianza, 47-84.

Sesión 62 del Sindicato nacional de la SSA, 1992. Comité ejecutivo. Estudio salarial de los trabajadores de la sección 62 de la SSA. Taller de análisis económico de la Facultad de Economía. México, DF: UNAM.

Secretaría de Programación y Presupuesto, 1983. Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. Poder Ejecutivo Nacional, México.

Secretaría de Salubridad y Asistencia 1973. México, DF: El Atlas de la Salud, México.

Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1982. La salud pública en México 1959-1982, coord. Bustamante, Treviño, Villaseñor, Vargas Flores, Castañón, Martínez, México DF: SSA.

-----1982a. Memoria. I Seminario Sobre Desconcentración de los Servicios de Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Diciembre de 1982. México, DF: SSA.

----- 1983. Dirección General de Comunicación Social, Foro de consulta popular para la planeación democrática de salud, del 8 de febrero al 14 de marzo de 1983, Cuaderno n°4. México, DF: SSA.

----- 1983a. Dirección General de Comunicación Social, palabras del Dr. Guillermo Soberón, Secretario de Salubridad y Asistencia, Día Mundial de la Salud, Cuaderno n°3. México, DF: SSA.

- 1983b. Dirección General de Comunicación Social. Las reformas jurídicas para el sistema nacional de salud, Cuaderno n°1. México, DF: SSA.
- 1984. Programa de Mediano Plazo del sector salud 1984-1988, Parte 1: Diagnóstico. México, DF: SSA.
- 1985. El Centro de Investigación en Salud Pública. Secretaria de Salubridad y Asistencia. México, DF: SSA.
- 1988. Programa Nacional Mujer y Salud. México, DF: SSA.
- , S/F. Centro de Investigación en Salud Pública, Segunda Reunión del Comité Consultivo Académico. Mecanografiado.
- 1987. El Centro de Investigación en Salud Pública. México, DF: INSP.
- , Secretaría de Gobernación 1987a. La participación de los gobiernos estatales en las políticas y prioridades de salud, memoria de reuniones organizadas por la Secretaria de Gobernación. México, DF: SSA.
- 1988. Historia de la Salud. Reseña Histórica 1982-1988. Tomo I y 2. Coord. Fujigaki-Lechuga A. México, DF: SSA.
- 1989. Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud, Gabinete de Bienestar Social, Primera Reunión, mimeog. México, DF: SSA.
- 1990. Programa Nacional de Salud, 1990-1994. México, DF: SSA.
- 1993. Dr. Jesús Kumate Rodríguez, entrevista concedida al Sr. Regino Díaz Redondo, Director General del periódico Excélsior, noviembre, 23, México.
- 1994. Reseña Testimonial, 1988-1994, Tomo 1 y 2, México. México, DF: SSA.
- 1995. El Centro de Investigación en Salud Pública, 1985-1986, México, DF: SSA.
- , Consejo Nacional de Salud 1996. Hacia la federalización de la salud en México. México, DF: Secretaria de Salud.
- 1999. Informe de Labores, 1998-1999. México, DF: Secretaria de Salud.
- 1999a. Informes de Labores (1998-1999). México, DF: Secretaria de Salud.

Sepúlveda-Amor J y otros 2000. La salud pública en México. En: Un siglo de ciencias de la salud en México, coordinadores Aréchiga H, Benítez-Bribiesca L. México, DF: Fondo de Cultura, 315-347.

Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de salud. México, DF: SNTSS.1984.

Soberanes-Fernández JL 2002. La protección de la salud en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. En: Temas selectos de salud y derecho, coordinado por Muñoz-de Alba Medrano M. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México: 175-184.

Soberón-AcevedoG 1973. Discurso. En: El Atlas de la Salud. México, DF: Secretaría de Salubridad y Asistencia, XIX-XX.

-----1983. Hacia un sistema nacional de salud. México, DF: UNAM.

-----1987a. “El cambio estructural en la salud –La investigación y los recursos humanos como instrumentos del cambio”. Salud Publica de Mexico (2): 155-165.

-----1987. “El financiamiento de la salud para consolidar el cambio”. Salud Publica de Mexico 29 (2): 169-178.

-----1987. “El cambio estructural en la salud I. Estructura y funciones de la Secretaría de Salud, del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud”. Salud Publica de Mexico 29(2): 127- 140.

-----1987. “El Sustento jurídico del cambio estructural”. Salud Publica de Mexico 29(2):141-151.

-----1987. “La investigación y los recursos humanos como instrumentos del cambio”. Salud Publica de Mexico 29(2):155-179.

-----1987. El derecho a la salud. En: Jornadas de análisis de la política social del gobierno de la República. Avances y Retos. Partido Revolucionario Institucional. México, 9-24.

-----, Kumate J, Laguna J 1988. La Salud en México: Testimonios 1988. Tomo III, Volumen 3. México, DF: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, El Colegio Nacional, Fondo de Cultura Económica.

-----, Arroyo P y Lances A 1988. Temas de salud. México, DF: El Colegio Nacional.

----- 1989. La protección de la salud en México, palabras, discursos y mensajes (1986-1988). Volumen segundo. México, DF: Porrúa.

-----y Váldez C 1991. El papel de las universidades en la política científica. En: Reunión sobre política científica en países en desarrollo. Universidad Nacional Autónoma de México, 6 a 9 de febrero, Cocoyoc, Morelos, mecanografiado.

----- 1992. "Evolución y revolución en Salud". Salud Publica de Mexico 34(1) 69-73.

----- 1997. Prólogo. En: La salud de la población, Hacia una nueva salud pública. México, DF: SEP, Fondo.

----- 2001. "La participación del sector privado". Gaceta Médica de México Academia Nacional de Medicina 137(5):437-443, México.

Sociedad Mexicana de Salud Pública 1967. Memoria de la XXI Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. Del 15 al 18 de Noviembre de 1967.

----- 1980. Memoria de la XXXIV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. Del 10 al 14 de Noviembre de 1980, México.

----- 1982. Memoria de la XXV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. Organización de los Servicios de Salud en México. Del 16 al 19 de Noviembre de 1982, México.

----- 1983. Memoria de la XXXVI reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. Del 14 al 17 de Noviembre de 1983, México.

----- Sociedad Canadiense de Salud Pública y Secretaría de Salud Pública de Tabasco 1986. "La Participación Multisectorial en la Atención Primaria", México.

-----, 1988. "Editorial": Higiene 38(2): 3-7. Sociedad Mexicana de Salud Pública, México.

----- 1992. Salud Pública y Tratado de Libre Comercio, XLVI Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Publica, México, oct., Vera Cruz.

----- 1993. Editorial Higiene; 1. 1(3): 3-7.

----- 1994. Salud Pública y Tratado de Libre Comercio, vol. 11. México, DF: Sociedad Mexicana de Salud Pública.

----- 1994. Informe de Labores 1994. 50 Años. Sociedad Mexicana de Salud Pública, México, DF: Sociedad Mexicana de Salud Pública.

----- 1994. Presidentes de la Sociedad Mexicana de Salud Publica, 1944-1994. México, DF: Sociedad Mexicana de Salud Pública.

Sojo A 2000. Comentario: El rol del Estado, del mercado y de la sociedad civil en la seguridad social en salud, elaborado por Carmen Zeledón y César Oyarzo. En: De la reforma para unos a la reforma para todos. Editores Giorgio Solimano y Stephen Isaacs. Santiago de Chile: Editorial Sudamericana Chilena: 145-149.

-----2006. La garantía de prestaciones en salud en América Latina. Equidad y reorganización de los cuasimercados a inicio del milenio. México, DF: CEPAL. Serie estudios y perspectivas. Unidad de Desarrollo Social.

Solís-Soberón F 1999. La seguridad social en México. Centro de Investigación y Docencia Económicas. Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro. México, DF: Fondo de Cultura Económica.

Soria, VM 1995. "Crecimiento económico y desarrollo de la seguridad social en Brasil y México". Economía: Teoría y Práctica; (5): 39-58, México.

----- 2004. Transformaciones de la protección social en Brasil y México en un contexto de ajuste económico e integración regional. En: Democratización y globalización en México y Brasil, coordinadores: Carlos Alba Vega, Ilán Bizberg. México, DF: El Colegio de México, 293-334.

Standing H 2000. El género y la reforma del sector salud. Organización Panamericana para la Salud y Harvard Center for Population and Development Studies. Publicación Ocasional No. 3.

Stiglitz J E 2002. El malestar en la globalización. España: Taurus.

Stocker y colaboradores 1999. "The exportation of manager care to Latin America" Health Policy Report; 340(14) 1131-1136.

Tarrés M L 1992. Perspectivas analíticas en la sociología de la acción social. En: Estudios sociológicos X (30), septiembre-diciembre: 735-758.

Teixeira-Werneck Vianna M. L 1998. A americanizacao (perversa) da seguridade social no Brasil. Estratégias de bem-estar e políticas públicas. Universidade Candido Mendes, UCAM, Brasil: Editora Revan.

Testa M 1981. Principales problemas de la administración de la salud en América Latina. Mesa Redonda sobre aspectos prioritarios de la problemática de la administración gubernamental de la salud en América Latina. Caracas: CNDES, mimeog.

----- s/f. Los trabajadores, la seguridad social y la atención primaria de salud. Esquema teórico metodológico, mimeogr.

----- .s/f. Crisis aparentes en el sector salud, Universidad Central de Venezuela. Centro de Estudios del Desarrollo, Curso de Extensión en Política y Planificación de la salud, mimeograf.

----- .s/f.a. Tendencia de Investigación en Ciencias Sociales para planificación. Venezuela: CENDES.

Torgerson D 1996. Entre el conocimiento y la política: tres caras del análisis de políticas. En: El estudio de las políticas públicas, coordinado por Luis F. Aguilar Villanueva. México, DF: Porrúa: 197-238.

Torres-Olmos JF 2001. Reflexiones sobre el desarrollo del seguro privado en materia de salud en México. En: Reflexiones acerca de la salud en México. Editores: Misael Uribe Esquivel y Malaquias López Cervantes. México, DF: Editorial panamericana y Fundación Clínica Medica Sur: 73-74.

Touraine A., 1987. El regreso del actor. Buenos Aires: Eudera.

----- ,1995. Crítica de la Modernidad. México, DF: Fondo.

Trejo-Delarbre R 1991. El poder de los obreros. En: México ante la crisis. Pablo González Casanova, Héctor Aguilar Camín (coords). México, DF: Siglo veintiuno editores, 5° edición: 325-334.

Ugalde A 1987. “Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica”. En: Cuadernos Médico Sociales, n°41, reproducido por: Ministerio de Salud, Escuela Nacional de Salud Pública, Organización Panamericana de Salud, Representación Perú, serie Planificación n°5.

-----, Homedes N 2002. “Descentralización del Sector Salud en América Latina”. Gac. Sanit. 16 (1); 18-29.

Urbina-Fuentes M y col 1989. “Fecundidad y salud en México”. Salud Pública de Mexico; 31(2): 168-176.

Uribe-Esquivel M, López-Cervantes M. Editores 2001. Reflexiones acerca de la salud en México. México, DF: Medica Sur Fundación Clínica, Editora médica panamericana.

Valencia-Lomelí E 2003. “Políticas sociales y estrategias de combate a la pobreza en México. Hacia una agenda de investigación. Notas para la discusión”. En: Estudios sociológicos, vol. XXI, núm. 61, enero-abril, 105-134.

Val-pardo I, Corella JM 2001. Sistemas de salud, diagnóstico y Planificación. Madrid: Diaz de Santos.

Vargas I y otros 2002. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Cadernos de Saúde Pública 18(4): 927-937.

Vázquez A F 1982. Presupuestos por programas para el sector público de México. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México. Editorial Melo, S.A.

Velásquez-Arellano A 1982. Investigación en salud. En: Consulta popular, PRI, mecanografiado.

Vilas CM 2001. “El síndrome de Pantaleón: política y administración en la reforma del Estado y la gestión de gobierno”. Foro Internacional XLI (3): 421-450, Julio-Septiembre.

Vila L 1995. Variables sociales y culturales para una política social meridional. En: El Estado del Bienestar en la Europa del sur, compiladores Sebastia Sarasa y Luís Moreno. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Instituto de Estudios Sociales Avanzados: 239-260.

Zapata F 2005. Tiempo neoliberales en México. México, DF: El Colegio de México.

Wallace S, Enrique-Haass V 2001. “Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad del sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en Estados Unidos”. Revista Panamericana de Salud Publica; 10(1), July.

Warman A 1995. El Programa Nacional de Solidaridad -una visión de la modernización de México-. México, DF: Fondo de Cultura.

Wedderburn D 2000. La superioridad de la acción colectiva: el caso del Sistema Nacional de Sanidad (SNS). En: Vivir como iguales, apología a la justicia social, compilado por Paul Barrer. México, DF: Paidós: 129-158.

Wilenski H 1975. The welfare state and equality. Structural and Ideological roles of public expenditures. Berkeley: Universidad of California.

Wilenski H 1981. Democratic corporatism, consensus and social policy: Reflections on changing values and the “crisis” of Welfare State in crisis. Paris: OECD.

Wilson R R 1981. The corporatist Welfare State: Social security and development in México. Tesis de doctoral para Yale University.

Woldenberg J, Huacuja 1993. El sexenio de Luís Echeverría. En: Evolución del Estado Mexicano, consolidación 1940-1983, tomo III, 4º edición. México, DF: ediciones El Caballito: 159-188.

World Health Organization. World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Chapter 4: What resources are needed? Geneva: WHO.