



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Programa de Posgrado en Ciencias Políticas y Sociales

RECONFIGURACIÓN DEL SECTOR SALUD EN MÉXICO EN EL CONTEXTO DE LA GLOBALIZACIÓN

T E S I S

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORA EN CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**

PRESENTA

JENNI ANDREA IBARRA CARBAJAL

TUTOR PRINCIPAL:

DR. GERMÁN PÉREZ FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, FCPyS

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:

GUILLERMO FARFÁN MENDOZA, FCPyS

JOEL FLORES RENTERÍA, UAM-XOCHIMILCO

EDUARDO JARAMILLO NAVARRETE, FCPyS

RAQUEL ABRANTES PEGÔ, CIESS

MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE DE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Introducción	4
 Capítulo 1. Globalización, Neoliberalismo y Programas de Ajuste Estructural (PAE)	
1.1 Introducción.....	9
1.2 Globalización.....	11
1.3 Neoliberalismo.....	21
1.4 Programas de Ajuste Estructural (PAE).....	23
1.4.1 Reformulación de los Sistemas de Salud en el marco de los PAE.....	27
1.5 Conclusiones.....	31
 Capítulo 2. Reconfiguración del Sector Salud en México en el marco del ajuste estructural	
2.1 Introducción.....	33
2.2 Descentralización de los servicios de salud para población no asegurada. Primera Etapa.....	36
2.3 Descentralización de los servicios de salud para población no asegurada. Segunda Etapa.....	49
2.4 Reformas a la Ley del Seguro Social, 1995.....	61
2.5 Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).....	71
2.6 Integración del Sistema Nacional de Salud.....	78
2.7 Reformas a la Ley del ISSSTE, 2007.....	82
2.8 Conclusiones.....	84
 Capítulo 3. ¿Hacia un “Sistema Nacional de Salud Universal”?	
3.1 Introducción.....	85
3.2 Propuestas de reforma del Sistema Nacional de Salud (SNS).....	90
3.2.1 Iniciativa Levy.....	90
3.2.2 Iniciativa de la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud).....	93
3.2.3 Iniciativa Laurell.....	95
3.2.4 Iniciativa Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México Federico Gómez.....	98
3.2.5 Iniciativa Centro de Estudios Espinosa Yglesias.....	100
3.2.6 Iniciativa Narro-Barba.....	101

3.2.7 Iniciativa Universidad Autónoma Metropolitana (UAM)-Xochimilco.....	102
3.3 ¿Hacia un “Sistema Nacional de Salud Universal”?.....	104
3.4 Experiencias Latinoamericanas Alternativas.....	111
3.5 Conclusiones.....	120
Conclusiones Generales.....	122
Bibliografía.....	127
Hemerografía.....	139
Mesografía.....	139

Introducción

En diciembre de 2010, teniendo como marco el hermoso edificio de cantera gris de xaltocan de confección posrevolucionaria temprana que albergara en aquella época al Departamento de Salubridad e Higiene y que actualmente da cobijo a la Secretaría de Salud -también conocido coloquialmente como Lieja 7- durante el tradicional mensaje de fin de año el entonces titular del ramo Dr. José Ángel Córdova Villalobos al hacer un balance del trabajo realizado afirmaba que el camino hacia la universalización de los servicios de salud mediante el Seguro Popular estaba siendo zanjado y subrayaba que el financiamiento público de los mismos como mecanismo garante de dicha universalización debía plantearse como un objetivo a alcanzar en el mediano plazo.

Esta idea del financiamiento público y la asiduidad con la que se comenzó a recurrir a ella en diversos foros y ante distintas audiencias llamaron mi atención pues a simple vista parecían apuntar a una rectificación del rumbo que se había tomado en la política sanitaria de nuestro país durante las últimas tres décadas, es decir, desde la puesta en marcha del “cambio estructural” promovido por el Dr. Guillermo Soberón Acevedo.

Rectificación que indicaría, a su vez -desde mi punto de vista- un reconocimiento tácito del fracaso de la implementación de medidas espartanas emanadas de una agenda extraterritorialmente diseñada a partir de principios definidos por la ortodoxia económica neoliberal.

De esta manera, hablar de un sistema nacional de salud universal financiado públicamente se estimaba una reconversión *cuasi* religiosa, pues no hacía mucho tiempo atrás se proponía profundizar los cambios de corte tecnocrático iniciados en la década de los ochenta del siglo pasado por un grupo visiblemente emergente en esa época conocido como los “neosalubristas”¹.

De ahí que el presente trabajo surgiera inicialmente como una reflexión sobre lo que esa aparente reconversión podría significar en términos del posible replanteamiento del papel del Estado mexicano. Es decir, tomando en consideración que el origen y transformación de los sistemas de salud se ve íntimamente ligado a ciertos procesos históricos y, por tanto, la naturaleza de dichos sistemas, a su vez, refleja con buen grado de nitidez las

¹ Término acuñado por la Dra. Raquel Abrantes Pegô. Cfr. Salubristas y Neosalubristas en la Reforma del Estado. Grupos de interés en México e instituciones públicas de salud, 1982-2000, El Colegio de Michoacán, México, 2010.

características de la organización social que los confecciona se antojaba interesante preguntar si el discurso sobre el financiamiento público implicaba, de alguna forma, un viraje hacia políticas comprensivas de bienestar social.

En este sentido, se concibió como título para el presente documento el de “Reconfiguración del Sector Salud en el contexto de la globalización: Del Pluralismo Estructurado al financiamiento público de la salud, un enfoque desde las ciencias políticas y sociales”, en un intento por marcar un tránsito de lo que fue diseñado en la década de los años noventa como el modelo más acabado dentro de la lógica de las reformas de mercado² y lo que quien escribe percibía como una enmienda a las políticas que no solo no corrigieron sino que profundizaron *de facto* la inequidad en el acceso a los servicios de salud.

Cabe aclarar en este punto que si bien es cierto que el Pluralismo Estructurado no penetró en México tal como lo hizo en Colombia a partir de la entrada en vigor de la Ley 100 de 1993, los artífices de ese esquema en nuestro país no han cesado, desde diversas trincheras, en el intento de seguir promoviéndolo como la solución a la problemática del sector, la puesta en marcha del Seguro Popular es evidente muestra de ello.

En este orden de ideas, la hipótesis se planteaba en los siguientes términos: “El financiamiento público universal de los servicios de salud contribuirá a corregir la estratificación del ejercicio del derecho a la salud, derivada de la condición laboral y la capacidad de pago”.

De tal suerte, este trabajo se estructuró partiendo de la idea de que la fisonomía que adquieren los sistemas de salud no responde únicamente a las necesidades relacionadas con la materialidad biomédica de los individuos o al perfil epidemiológico de las colectividades, sino que atiende también a variables de índole política, económica y cultural puesto que los sistemas sanitarios no son entes que se desarrollan de manera aislada o ajena a un contexto social determinado, por lo que el primer capítulo denominado “Globalización, Neoliberalismo y Programas de Ajuste Estructural” pretendió

² Julio Frenk considera que “Desde una perspectiva histórica pueden distinguirse tres generaciones de reformas en la América Latina: i) la creación de las instituciones de seguridad social y de los ministerios de salud a mediados de siglo; ii) las reformas estructurales y gerenciales de los años ochenta, cuando se descentralizan los sistemas y se procura mayor coordinación sectorial e intersectorial, y iii) las reformas de mercado así como de los procesos decisorios, características de los años noventa”, asimismo el co-artífice del pluralismo estructurado ha afirmado que “Las reformas de mercado pretenden, en todos los casos, introducir una presión competitiva en el interior de los servicios públicos de salud” (Frenk, en Solís y Villagómez, 1999:82).

establecer el marco en el que se han verificado las transformaciones más destacadas en términos de compatibilidad con las reformas estructurales confeccionadas por el “consenso” de diversas instituciones sitas en Washington como resultado de la preocupación por lo que podría haberse convertido, en la década de los ochenta del siglo pasado, en una epidemia de dimensiones inconmensurables en la América Latina y de repercusiones altamente indeseables para la América Sajona, es decir, la intención del gobierno mexicano de declarar ante los acreedores internacionales una moratoria al servicio de la deuda, catapultada gracias a la caída de los precios del petróleo.

Dichas reformas estructurales, cabe subrayar, en el contexto de un nuevo orden mundial permeado por la globalización han favorecido el protagonismo de los organismos financieros internacionales en detrimento del poder soberano de los Estados-nación, facilitando así que las decisiones que afectan a las personas muy a menudo se tomen fuera de los confines territoriales de los países y por lo tanto devengan en decisiones ajenas a los ciudadanos si no es que con mucha frecuencia contrarias a los intereses de éstos.

En este tenor, el segundo capítulo hace un recuento de lo que el ajuste estructural ha significado para el sector salud en nuestro país, comenzando la crónica precisamente con lo que se denominó “cambio estructural en salud”, estrategia promotora de la descentralización de los servicios de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia y que favorecía “la búsqueda de nuevos enfoques” (Soberón, *et.al.*,1986) para ampliar la cobertura con base en medidas epidemiológicas específicas dirigidas a la población de escasos recursos sin acceso a dichos servicios.

Asimismo, se abordan las modificaciones promovidas en el marco del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 cuyos ejes fundamentales eran la “culminación” del proceso de descentralización iniciado formalmente en 1983 y la definición de un paquete básico de servicios para extender la cobertura a grupos vulnerables. Como parte fundamental de esa reforma sectorial se contemplan también los cambios emprendidos, al amparo y bajo la guía del BM, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

La creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su “brazo operativo” el Seguro Popular, de igual manera, se exponen en este apartado como componente destacado en la reconfiguración sectorial por el contraste que presenta su diseño y

operación frente a los esquemas tradicionales de protección vinculados a la seguridad social y por su vocación reformista pro-mercado.

La Integración del Sistema Nacional de Salud se incluye también en este segundo capítulo como secuela de la implantación del Seguro Popular y para esquematizar la serie de modificaciones que han sido contempladas como prerequisite de la conformación de un “Sistema Nacional de Salud Universal” que apunta más bien hacia un aseguramiento básico o mínimo de salud sustentado en “un paquete de servicios común para todos los mexicanos” (Frenk y Gómez-Dantés, 2008:90).

Finaliza el capítulo retomando las “adecuaciones” incorporadas por la reforma de 2007 a la Ley del ISSSTE en el rubro de servicios de salud. Cambios que se perciben en sintonía con la propuesta integradora en torno a los “principios” de portabilidad de derechos y de convergencia en el uso de recursos (oferta de capacidad excedente).

Modificaciones, además, que subrayan la importancia de introducir en la operación de los servicios un sistema de evaluación del desempeño que, según se aprecia, apunta más bien hacia el fortalecimiento de la lógica mercantilista de asignación de recursos según resultados y de definición de paquetes costo-efectivos que no pongan en riesgo el equilibrio financiero del instituto, prescripciones muy a tono, dicho sea de paso, con los postulados de la “competencia estructurada”.

El capítulo tres versa sobre la propuesta de reforma presentada por la actual Secretaria de Salud ante el Senado de la República en abril de 2014 que, de acuerdo con el discurso oficial, persigue la implantación de un “Sistema Nacional de Salud Universal” financiado con recursos públicos y que estaría sustentado en la definición de lo que rimbombantemente se ha denominado “garantías explícitas” pero que en lenguaje simple y llano se refiere a un paquete esencial de servicios.

Para dar contexto al análisis de la iniciativa gubernamental, se presentan una serie de propuestas que reflejan distintas visiones sobre lo que debería ser el Sistema Nacional de Salud (SNS), visiones que entrañan interpretaciones disímboles del alcance del “derecho a la protección de la salud” pero que abrevan básicamente de dos posiciones ideológicas divergentes: Una en la que se reclama del Estado el compromiso de la salvaguarda de este derecho constitucional como esencial a la integridad y bienestar de las personas y otra en la que se estima conveniente que la garantía de dicho derecho se sustente en el desarrollo de un mercado de la salud en el que el ciudadano, acotado en sus

prerrogativas, deja de ser visto como tal para convertirse en un simple consumidor de bienes y servicios del “complejo médico industrial”.

Cabe destacar que algunas de esas propuestas fueron abordadas en el marco de un “debate público” convocado, en marzo de 2013, por la Secretaria de Salud federal y la Representación de la Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS) en México y que, a la luz de las modificaciones contempladas en la iniciativa gubernamental, pareciera haber sido un mero ejercicio procedimental de legitimación para dar continuidad a lo que se ha venido desarrollando en el sector desde la puesta en marcha del “cambio estructural en salud”. No ha de considerarse sorprendente, por lo tanto, que muchas de las ideas discutidas en ese foro presenten importantes coincidencias con el discurso oficial, razón por la que se omitió abundar en propuestas que claramente tienen un denominador común, dada la afinidad de intereses esgrimidos o la filiación de los autores.³

Finalmente, a contracorriente de las reformas en salud desarrolladas en México por los “neosalubristas” desde 1981 se presentan algunas propuestas alternativas construidas en latinoamérica que muestran que otro camino es posible, que el ajuste estructural no es destino y que las decisiones tomadas al amparo de la tecnocracia perduran mientras la incuria de los pueblos lo permita.

³ Es claro que aunque presentadas como propuestas elaboradas por consultores independientes, las ideas desarrolladas por Octavio Gómez Dantés y Ofelia Poblano Verástegui pueden considerarse como iniciativas “compatibles” con las planteadas tradicionalmente desde Funsalud dado el vínculo de los ponentes con el grupo del Dr. Soberón, principalmente con Julio Frenk y Enrique Ruelas.

Capítulo 1. Globalización, Neoliberalismo y Programas de Ajuste Estructural (PAE)

1.1 Introducción

La fisonomía que adquieren los sistemas de salud no responde únicamente a las necesidades relacionadas con la materialidad biomédica de los individuos o al perfil epidemiológico de las colectividades, atiende también a variables de índole política, económica y cultural puesto que los sistemas sanitarios no son entes que se desarrollen de manera aislada o ajena a un contexto social determinado.

En este sentido, el origen y transformación de los sistemas de salud se ve íntimamente ligado a ciertos procesos históricos y, por tanto, la naturaleza de dichos sistemas, a su vez, refleja con buen grado de nitidez las características de la organización social que los confecciona.

En las postrimerías del siglo XX y los albores del XXI, el mundo ha experimentado una oleada de cambios sin precedente, vinculados indiscutiblemente a los vertiginosos avances tecnológicos, que han transfigurado el rostro de lo que solíamos denominar modernidad, así como de los paradigmas y patrones derivados de ella.

Contrario a la idea de que el progreso de la ciencia y la tecnología nos conducirían a una sociedad cada vez más estable, ordenada, segura y predecible, en la actualidad nos encontramos en presencia de “un mundo desbocado”, en el que el riesgo y la incertidumbre son las constantes de una fenomenología social permeada por la globalización.

La globalización ha trastocado estructuras fundamentales de la sociedad y ha renovado la naturaleza misma del poder. La globalización, en ese sentido, no puede considerarse como un fenómeno aislado es, pues, una serie compleja de procesos que operan de manera contradictoria o antitética, presionando hacia arriba, hacia abajo y hacia los lados, la globalización es económica, política y cultural, afecta a los grandes sistemas pero influye también en los aspectos íntimos de la vida de los individuos (Giddens, 2008).

En las esferas política y económica, al conmover la naturaleza del poder, la globalización ha conducido a la edificación de un nuevo orden mundial en el que los Estados-nación comparten con otros actores el papel protagónico de su historia.

Los gobiernos y la política, en tal contexto, gozan de un margen de maniobra cada vez menor, pues la actividad de los agentes económicos transnacionales mina la soberanía y la autonomía estatal, al tiempo que la injerencia de los organismos financieros internacionales en la jurisdicción nacional circunscribe, cada vez con mayor precisión, su radio de acción en ámbitos otrora considerados esenciales para el bienestar de la colectividad y por lo tanto responsabilidad estatal.

En este marco, en el que las decisiones que afectan a las personas muy a menudo se toman fuera de los confines estatales y por lo tanto devienen en decisiones ajenas al ciudadano si no es que en ocasiones contrarias al mismo, es que se propone realizar un análisis sobre la reconfiguración del sector salud, a la luz de la recomposición de un orden mundial caracterizado por la globalización y la aparición y consolidación de actores que se han arrogado el papel de dirigir el “concierto de naciones”.

1.2 Globalización

Al hablar de globalización no es extraño que con frecuencia se recurra al uso de términos como interacción, interrelación, integración, interdependencia o incluso convergencia, palabras que evocan una suerte de sentido de proximidad entre individuos, grupos sociales, comunidades, países y regiones.

Con la globalización se percibe, a menudo, una sensación de que la variable espacio-tiempo se ha visto alterada: las distancias se hacen cada vez más cortas y el tiempo transcurre cada vez más rápido (Bauman, 2001).

Se nos presentan, en este tenor, definiciones en las que se señala que la globalización denota la expansión a escala, a magnitud creciente, de un acelerado y profundo impacto de flujos transcontinentales y patrones de interacción social. Se apunta que la globalización se refiere al cambio o transformación a nivel de la organización humana que une comunidades distantes y amplía el alcance de las relaciones de poder entre regiones y continentes (Held y McGrew, 2002 en Gilbert, 2008:187).

Asimismo, se señala que la globalización se refiere a “la intensificación de las relaciones sociales en todo el mundo por las que se enlazan lugares lejanos, de tal manera que los acontecimientos locales están configurados por acontecimientos que ocurren a muchos kilómetros de distancia o viceversa” (Giddens, 2004: 67,68).

Esto se debe, en gran medida, a lo que suele denominarse la *revolución tecnológica e informática* “[...] que ha dado vida a una verdadera red mundial de conexiones espaciales y de interdependencias funcionales. Esta red pone en mutuo contacto a un número creciente de actores sociales y de acontecimientos económicos, políticos, culturales y comunicativos, que en un tiempo estaban desconectados a causa de las distancias geográficas o de barreras cognitivas y sociales de distinto tipo” (Zolo, 2006: 18,19).

En este sentido, no es de sorprender que para muchos sin la globalización, vista como un fenómeno irreversible e ineludible, no podría explicarse la transición de la humanidad hacia el siglo XXI. La globalización, se dice, se ha convertido en una especie de nuevo paradigma del mundo contemporáneo (Beck, 1998; Zolo, 2006; Giddens, 2008).

En este orden de ideas, la globalización, percibida como entelequia de la modernidad, usualmente es categorizada, a fin de favorecer la comprensión del alcance de su ámbito de influencia, en función de los distintos aspectos de la vida social a los que impacta, de tal manera que se suele caracterizar a la globalización en económica, cultural y política.

En la esfera económica, la globalización se ha definido como “la aceleración y la intensificación del proceso de formación de una economía mundial que se está configurando como un sistema único, que funciona en tiempo real” y que “se identifica con los libres movimientos de capital y con el creciente dominio de los mercados financieros globales y de las empresas multinacionales sobre las economías nacionales” (Gallino, 2001; Soros, 2002 en Zolo, 2006: 22,23).

Para las actividades económicas, desde esta perspectiva, ya no resulta un impedimento la distancia geográfica dado que, por un lado, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) las han dotado de un gran potencial de acción⁴ y, por otro, las grandes corporaciones actualmente pueden recurrir a la sub-contratación en regiones distantes operando, de esta manera, en un mundo sin fronteras. Las compañías transnacionales son, en este sentido, actores primordiales en el proceso de globalización (Kiely, 2008).

Se podría afirmar, en este contexto, que se está en presencia de una suerte de “desfordización” de la economía, en el sentido de la exacerbada tendencia a que el lugar de producción (la periferia) cada vez empate menos con el lugar donde se localiza el

⁴ Michel Albert señala que “Gracias a las computadoras, a los satélites [y] a los cables, los datos financieros pueden circular libremente a través del mundo y negociarse instantáneamente. La introducción de las nuevas tecnologías ha permitido disminuir en un 98% el costo de las transacciones”, Michel Albert, *Capitalismo contra capitalismo*, Argentina, Paidós, 1997, p. 168.

destinatario final de dicha producción (el centro) dada la desaparición de la otrora co-dependencia entre el capital y la fuerza de trabajo⁵.

Dentro del ámbito económico, la vertiente financiera, además de mostrar desdén por las fronteras, enfatizará una lógica de mercado puro y duro, sin gendarmes: sin límites (Albert, 1997).

La formación de una economía de libre mercado mundial ha sido, no obstante, fuertemente cuestionada dado que al contrario de promover un efecto distributivo global, el capital no ha roto su natural tendencia a la concentración en ciertas zonas del planeta, a la vez que otras, las más, siguen quedando al margen de ese proceso acumulativo.

Se dice, en este sentido, que dada la concentración global del capital, la desesperación de las economías nacionales por atraer inversión extranjera y la hegemonía neoliberal en el orden internacional, sería justo decir que la capacidad (o quizá la disposición) de los estados del mundo en desarrollo, para regular a las compañías (locales o extranjeras) de manera que se comporten en términos desarrollistas, se ve seriamente comprometida (Kiely, 2008).

La conformación de la “nueva división internacional del trabajo”,⁶ el consecuente incremento de “zonas de procesamiento para exportación” o de la industria manufacturera en el mundo en desarrollo, a pesar de lo que afirman los apologistas del mercado global,

⁵ Para Zygmunt Bauman, la decisión tomada por Henry Ford de duplicar los salarios de sus trabajadores respondía a una consideración racional: “si bien sus trabajadores dependían de él para ganarse el sustento, él a su vez dependía de ellos, la mano de obra local, los únicos operarios que podía usar para mantener la línea de montaje en funcionamiento por el bien de su poder y su fortuna. La dependencia era *mutua*. [...] En contraste con sus descendientes de un siglo más tarde, el viejo Henry Ford no disponía de la suprema “arma de la inseguridad”, es decir, la opción de trasladar su riqueza a otros lugares: lugares repletos de gente dispuesta a soportar sin un quejido cualquier régimen fabril, incluso el más cruel, a cambio de cualquier paga, incluso la más miserable; al igual que sus trabajadores, el capital de Ford estaba “fijo” al lugar, sumergido en una pesada y voluminosa maquinaria, encerrado entre los altos muros de la fábrica. Ambas partes tenían plena conciencia de un secreto a voces: que su dependencia era mutua, por lo que estaban destinadas a permanecer juntas durante mucho tiempo por venir”, Zygmunt Bauman, *Daños Colaterales. Desigualdades sociales en la era global*, México, Fondo de Cultura Económica, 2011, p. 63.

⁶ “The so-called new international division of labour (NIDL) has to be seen as a vital aspect of globalization, pinpointing shifts in production by world region, and affecting both manufacturing and producer services. At least three NIDLs can be recognized: at the time of European colonization, the industrial development of certain semi-developed areas at the end of the nineteenth century, and the present era, in which foreign direct investment (FDI) has expanded greatly”, Vandana Desai y Robert B. Potter, Globalization, employment and development, en *The Companion to Development Studies*, Reino Unido, Hodder Education, Segunda Edición, 2008, p. 181.

no ha reducido la brecha entre los países industrializados y los no industrializados (Desai y Potter, 2008; Kiely, 2008).⁷

Como lo plantea Zygmunt Bauman (2008: 14, 15), retomando cifras de Jacques Attali: “en sólo 22 países (en los que se acumula apenas el 14 por ciento de la población humana total) se concentra la mitad del comercio mundial y más de la mitad de las inversiones globales, mientras que los 49 países más pobres (en los que habita el 11 por ciento de la población mundial) reciben en conjunto sólo el 0,5 por ciento de la producción global, casi lo mismo que los ingresos de los tres hombres más ricos del planeta. El 90 por ciento de la riqueza total del planeta está en manos de sólo el uno por ciento de sus habitantes. Y no se distinguen en el horizonte escolladeras que puedan detener la marea global de la polarización de las ganancias, que continúa creciendo de manera amenazadora”.

Por su parte, Danilo Zolo (2006:52) afirma que “a comienzos de los años sesenta [del siglo pasado] el 20 por ciento más rico de la población mundial disponía de rentas 30 veces superiores a las del 20 por ciento más pobre. Hoy, después de casi 40 años, el 20 por ciento más rico goza de unas rentas casi 66 veces superiores a las de la franja más pobre de la población mundial”.

Es en este sentido que se señala que “la globalización y la localización no sólo son dos momentos o caras de la misma moneda; son al mismo tiempo fuerzas impulsoras y formas de expresión de una nueva polarización y estratificación de la población mundial en ricos globalizados y pobres localizados” (Beck, 1998: 88).

Respecto al ámbito cultural se dice que el creciente uso de los medios masivos de comunicación, así como el protagonismo adquirido por el libre mercado han generado la conformación de ciertos patrones que se han extendido a nivel global: Cada vez más consumimos los mismos productos y somos bombardeados con la misma clase de publicidad.

⁷ Los apologistas del mercado global argumentan que las compañías transnacionales promueven el desarrollo de los países receptores dado que generan ingresos, empleo, tecnología, etc. y señalan que la producción de bajo costo y de trabajo intensivo es un requerimiento para los países pobres, y que escalar hacia una producción de mayor valor ocurrirá con el tiempo, justo como lo experimentaron los países desarrollados. El rápido crecimiento de China es un buen ejemplo que muestra claramente los beneficios de la globalización en contraste con las políticas cerradas de la época Maoísta, se señala. Ray Kiely, Global shift: Industrialization and development, en Vandana Desai y Robert B. Potter, *The Companion to Development Studies*, Reino Unido, Hodder Education, Segunda Edición, 2008, pp. 183,184.

Se afirmará, en este sentido, que el sistema capitalista mundial ha logrado imponer, gracias a la globalización, estereotipos que marcan pautas de consumo y estilos de vida de corte occidental, promoviendo una creciente “convergencia cultural” a escala global. El proceso de globalización, se apunta, al trastocar o incluso romper con ciertos referentes conlleva a la homogeneización del mundo: a “la Mc Donalización de la sociedad” (Ritzer, 2004).

Desde esta perspectiva se señala que la “occidentalización” del mundo trae aparejada la pérdida de la diversidad y especificidad cultural, pues el mundo se vuelve con mayor rapidez, si no exactamente igual si cada vez más similar. Idea, cabe subrayar, no necesariamente nueva ya que a principios de la segunda mitad del siglo pasado, la teoría de la modernización daba por sentado que el mundo progresivamente se “occidentalizaría” o más precisamente se “americanizaría” (Massey y Jess, 1995; Murray, 2006 en Potter, 2008).

Este planteamiento, *stricto sensu*, destacaba la probabilidad de la homogeneización cultural planetaria con rasgos norteamericanos dominantes de consumo, ejemplificados por la “Coca-colonización”, la “Hollywoodización” o la “Miamiización” del tercer mundo (Potter, 2008).

En este contexto, para la convergencia global, en términos de las preferencias y hábitos de consumo, de particular importancia será el “efecto demostración”, que involucra la rápida asimilación de los gustos y patrones de consumo estadounidenses y europeos (McElroy y Albuquerque, 1986 en Potter, 2008).

Gina Zabludovsky (2008: 38) señalará, en este tenor, que “en la medida en que los modelos de comportamiento no responden a un ámbito territorialmente delimitado, los gustos y tendencias mundiales son cada vez más uniformes y tenemos una agudización de lo que, desde los años sesenta, Herbert Marcuse concibió como una sociedad unidimensional”.

Desde otra perspectiva se argumenta que si bien es cierto que los símbolos de los estilos de vida y patrones de consumo occidentales, tales como Coca-Cola, Disney, McDonald’s y Hollywood están al alcance de la mano, éstos iconos culturales mundiales son reinterpretados localmente, configurando diferentes significados en lugares distintos. En

otras palabras, la localización y la fragmentación son vistas también como correlatos de la globalización (Cochrane, 1995 en Potter 2008; Beck, 1998).

Para Bauman (2001), los procesos globalizadores, asimismo, incluyen una segregación, separación y marginación social progresivas. Las tendencias neotribales y fundamentalistas⁸ que reflejan y articulan las vivencias de los beneficiarios de la globalización son hijos tan legítimos de ésta como la tan festejada 'hibridación de la cultura superior', es decir, la cultura de la cima globalizada.

Desde esta perspectiva se afirma que lejos de conducir a un mundo uniforme, la globalización está estrechamente vinculada a la perpetuación y exacerbación de las inequidades espaciales, recordemos que para Beck (1998) la globalización y la localización son formas de expresión de una nueva polarización y estratificación de la población mundial.

Así las cosas podría afirmarse que a la "convergencia cultural", impulsada por "la mercadotecnia estandarizada" y el "consumismo global", corresponderá (en sentido inverso) la "divergencia social", alimentada por las disparidades en los patrones de producción y acumulación de capital características de la economía global.

Lejos de homogeneizar la condición humana, señalará Bauman (2001:28), la anulación tecnológica de la distancia de tiempo y espacio tiende a polarizarla. Emancipa a ciertos humanos de las restricciones territoriales a la vez que despoja al territorio, donde otros permanecen confinados, de su valor y su capacidad para otorgar identidad. Para algunos augura una libertad sin precedentes de los obstáculos físicos y una inédita capacidad de desplazarse y actuar a distancia. Para otros, presagia la imposibilidad de apropiarse y domesticar la localidad de la cual tendrán escasas posibilidades de liberarse para ir a otra parte.

En lo que respecta a la esfera política, la globalización se refiere a los "procesos en virtud de los cuales los estados nacionales soberanos se entremezclan e imbrican mediante

⁸ Danilo Zolo utiliza el término *pseudospeciazione* "que se refiere a un fenómeno por el que grupos humanos muy diferenciados culturalmente se comportan recíprocamente como si fueran especies diferentes, en vez de pertenecer a la misma especie humana", Danilo Zolo, *Globalización. Un mapa de los problemas*, España, Ediciones Mensajero, 2006, pp. 69,70, Nota del traductor a la edición italiana.

actores transnacionales y sus respectivas probabilidades de poder, orientaciones, identidades y entramados varios” (Beck, 1998: 29).

Esta mezcla y superposición es producto del avance de la internacionalización vista como precursora de la globalización (Potter, 2008 en Desai y Potter, 2008: 192) y entendida como la extensión geográfica de las actividades económicas a través de las fronteras nacionales, es decir, el libre comercio mundial (Beck, 1998; Zabludovsky, 2008), lo que ha derivado, al parecer de no pocos, en la gradual pero constante erosión del poder y debilitamiento del papel del Estado-nación.

Así bajo un sistema crecientemente globalizado, los gobiernos se ven “obligados” a recurrir a circunscripciones extraterritoriales debiendo atender de tal manera a los intereses de los inversionistas extranjeros, así como de las instituciones financieras internacionales ya que ejercicios independientes de política económica como la inducción del crecimiento podrían provocar fuga de capitales, devaluación de la moneda e inflación (McNamara, 1998; Simmon, 1999; Goodman, 1992; Maxfield, 1997 en Babb, 2001: 4,5).

“La transferencia de una amplia parte del poder de decisión, no sólo en materia económica y financiera, a las fuerzas del mercado global y a los mayores protagonistas de la economía mundial, empezando por las más poderosas corporaciones económicas y financieras” (Zolo: 2006:30) ha desembocado en la decadencia o crisis del Estado-nación territorial (Held, 1997) o visto más dramáticamente en el final de esa organización política por antonomasia (Ohmae, 1997).

Si la “primera modernidad” se explica vinculada al origen del Estado social y su tránsito hacia el *Welfare State*, la “segunda modernidad” preconizará, en este sentido, la reconfiguración de la política en términos distintos a los linderos delineados por el capital a aquella categoría estatal, tradicionalmente dibujada a partir del Estado-nación (Beck, 1998). La cartografía política, se dirá, ha sido superada por la geo-economía global (Ohmae, 1997).

De tal suerte podría afirmarse que con la globalización se presenta un fenómeno de subordinación de la *polis* frente al *oikos*, es decir, de lo público a lo privado: se trata, en suma, del predominio del globalismo⁹ como baluarte del capital.

Se apunta, en este marco, que la autonomía de los estados se ve comprometida debido a que éstos encuentran cada vez mayor dificultad para cumplir con sus agendas internas sin la cooperación de otros actores, políticos y económicos, que se ubican por encima y más allá de las fronteras del Estado (Held and McGrew, 2002 en Gilbert, 2008).

En este mismo tenor, Zygmunt Bauman (2001: 86,87) afirmará que “los estados están dispuestos a renunciar a ejercer una soberanía política, económica y militar plena, a cambio de la cooperación política o la integración económica”.

Para Susan Strange (2003), el declive de la autoridad estatal se ve reflejada en una difusión creciente de la autoridad, así como en una creciente asimetría entre los Estados mayores con poder estructural y los Estados más débiles que no lo tienen.

La búsqueda de soluciones locales, en términos del Estado nación, a problemas globales se torna, de tal talante, un esfuerzo fútil que orilla a la “hiperlocalización” de la política y a la “hiperventilación” de lo político.

La jurisdicción estatal al verse limitada en la posibilidad de dar respuesta a las demandas sociales en ámbitos que se estiman de capital importancia para los ciudadanos (Bobbio, 2003) y que en otros tiempos la colocaban como protagonista en el escenario de los

⁹ Ulrich Beck hace una distinción entre los términos globalidad, globalización y globalismo. Asimismo, toma distancia de este último por considerarlo la defensa a ultranza de una “metafísica del mercado global”, es decir, el discurso ideológico justificatorio del neoliberalismo: “Por globalismo entiendo la concepción según la cual el mercado mundial desaloja o sustituye el quehacer político; es decir, la ideología del dominio del mercado mundial o la ideología del liberalismo. Ésta procede de manera monocausal y economicista y reduce la pluridimensionalidad de la globalización a una sola dimensión, la económica, dimensión que considera asimismo de manera lineal, y pone sobre el tapete (cuando, y si es que, lo hace) todas las dimensiones -las globalizaciones ecológica, cultural, política y social- sólo para destacar el presunto predominio del sistema de mercado mundial [...] El núcleo ideológico del globalismo reside más bien en que da al traste con una distinción fundamental de la primera modernidad, a saber, la existente entre política y economía”. Por otra parte, la globalidad denotará “el hecho de que [...] nada de cuanto ocurra en nuestro planeta podrá ser un suceso localmente delimitado, sino que todos los descubrimientos, victorias y catástrofes afectarán a todo el mundo y que todos deberemos reorientar y reorganizar nuestras vidas y quehaceres, así como nuestras organizaciones e instituciones, a lo largo del eje *local-global*” Ulrich Beck, *¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización*, Barcelona, Paidós, 1998, pp. 27,28.

intercambios, queda reducida a la realización de acciones de gestoría del capital¹⁰ o a la mera administración de servicios públicos esenciales.

En este sentido, Bauman (2001: 92) no duda en afirmar que “los Estados débiles son justamente lo que necesita el Nuevo Orden Mundial para sustentarse y reproducirse. Es fácil reducir un cuasi Estado débil a la función (útil) de una estación de policía local, capaz de asegurar el mínimo de orden necesario para los negocios, pero sin despertar temores de que pueda limitar la libertad de las compañías globales”.

Este contexto, en el que las decisiones que afectan a las personas muy a menudo se toman fuera de los confines estatales y por lo tanto devienen en decisiones ajenas al ciudadano, si no es que en ocasiones contrarias al mismo, produce una sensación de depreciación de lo político pues se pone en entredicho la legitimidad de los gobiernos y el valor de la democracia.

De esta manera, la democracia como forma de gobierno se ve reducida a una suerte *de deus ex machina* que coloca en el proscenio político a personajes que, aunque caracterizados para la representación, carecen muy frecuentemente del talento histriónico, es decir de la competencia, jurisdicción o simplemente disposición, para atender las demandas de quienes, en un mero ejercicio procedimental y costumbrista, los eligieron con la esperanza de ver satisfechas sus necesidades o, en términos de Bauman (2001), ver transformada “la contingencia en determinación [y] el azar en regularidad”.¹¹

10 Germán Pérez, en este sentido, señala que en muchos casos el papel de los Estados se ve reducido a garantizar las mejores condiciones para la reproducción del capital: mano de obra barata y calificada, simplificación regulatoria y menor carga impositiva, Germán Pérez Fernández del Castillo, *Los límites de la política en la globalización*, México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM-Miguel Ángel Porrúa, 2009, p.40. En tanto que para Susan Strange “lo que cuenta en las relaciones entre Estados ya no es la competencia por el territorio o por el control sobre los recursos naturales del territorio, sino la competencia por las cuotas de mercado mundiales”, Susan Strange, *La retirada del Estado: la difusión del poder en la economía mundial*, Barcelona, Icaria/Intermón Oxfam, 2003.

11 Para Zygmunt Bauman “una persona racional ya no confiará en el Estado para que le proporcione todo lo que necesita en caso de desempleo, enfermedad o ancianidad, ni para asegurar a sus hijos una salud decente ni educación. Sobre todo, una persona racional no esperará a que el Estado proteja a sus súbditos de golpes que parecen caer al azar del juego pobremente entendido y descontrolado de las fuerzas globales. Así que hay una nueva pero profundamente arraigada sensación de que, por mucho que uno sepa cómo debería ser una buena sociedad, no encontrará ningún organismo capaz ni deseoso de hacer realidad anhelos populares como éstos”, Zygmunt Bauman, *Identidad*, Buenos Aires, Losada, 2005, p. 99.

Es en este sentido que, “en su significado más profundo, la globalización expresa el carácter indeterminado, ingobernable y autopropulsado de los asuntos mundiales; la ausencia de un centro, una oficina de control, un directorio, una agencia general” (Bauman, 2001:80).

Esta falta de un centro de poder global que regule la actividad de los entes económicos transnacionales no sólo refleja el desvanecimiento de la distinción fundamental, otrora existente, entre política y economía sino que refuerza el predominio del sistema de libre mercado mundial sobre el quehacer político nacional (Beck, 1998).

En otras palabras, al caracterizar a la globalización como un fenómeno esencialmente económico, producido por la expansión de los mercados a nivel planetario, se ha abonado el terreno para que las ideas retomadas del liberalismo clásico se consolidaran como el paradigma dominante en la última década del siglo XX y lo que va del XXI.

1.3 Neoliberalismo

La creciente importancia que fue adquiriendo, a partir de 1960, el mercado de capitales capaz de evadir las regulaciones nacionales destinadas a proteger las monedas locales de la especulación y la devaluación condujo al llamado “resurgimiento de los mercados financieros globales” (Helleiner, 1994 en Babb, 2001:4) y al colapso, en 1971, del sistema Bretton Woods sustento del modelo de desarrollo de corte Keynesiano (Babb, 2001:4).¹²

El neoliberalismo, que rescata los postulados de Adam Smith y David Ricardo, no hizo caso omiso de las inmejorables condiciones que ofrecía el proceso de globalización para fortalecer y expandir a nivel mundial la doctrina económica aplicada en el Reino Unido de la Gran Bretaña y los Estados Unidos de América desde principios de los años ochenta del siglo pasado.

En este sentido, Steger y Roy (2011:30) señalan que los defensores del neoliberalismo, “desde el punto de vista ideológico, [entrelazaron] sus postulados con referencias a la interdependencia económica global, anclada en los principios del capitalismo de libre mercado: la mundialización del comercio y los mercados financieros, el flujo internacional de productos, servicios y mano de obra, las corporaciones multinacionales, [...] etc.”.

Para Michel Chossudovsky (2003: 108), en este orden de ideas, los avances tecnológicos de largo alcance constituyeron “un impulso vital para el proceso de reubicación industrial: los centros de toma de decisiones corporativas están en contacto instantáneo con puntos manufactureros y plantas de ensamble alrededor del mundo. Las innovaciones de alta tecnología de los ochenta y noventa representan, en el capitalismo global, un poderoso instrumento de control y supervisión empresarial operando a nivel mundial. La empresa global minimiza los costos de mano de obra a nivel mundial gracias a su habilidad para vincularse a (o subcontratar) puntos de producción con mano de obra barata alrededor del mundo [...]”.

¹² “El sistema Bretton Woods fue creado en 1945 con el propósito de mantener la estabilidad monetaria internacional, lo que Keynes consideraba una pre-condición fundamental para la conducción de políticas macroeconómicas nacionales efectivas (Simmons 1999: 37-38). Al cobijo de Bretton Woods se instituyó un fuerte sistema de controles de capital, se establecieron tipos de cambio fijos y se promovió el equilibrio monetario internacional mediante prudentes inyecciones de efectivo hechas por el FMI. Con tales medidas fue posible para los gobiernos desarrollar políticas económicas relativamente independientes diseñadas para promover el pleno empleo sin provocar altos niveles de inflación” (Babb, 2001:4).

El libre mercado y la ventaja comparativa se constituían, en este tenor, en los mecanismos por excelencia que habrían de poner fin a las recurrentes crisis económicas que, de acuerdo con los neoliberales, ponían en entredicho las medidas tomadas durante “la edad de oro del capitalismo controlado” y que cuestionaban el sustento teórico del crecimiento económico de los “Treinta gloriosos” (1945-1975).¹³

De tal manera, el incremento de los precios del petróleo, en la década de los setenta, que provocó una grave recesión en la economía mundial y la llamada crisis de la deuda, de principios de los años ochenta, abonaron al resurgimiento de la creencia en que “la magia del mercado” podría regular la economía de manera eficiente. El neoliberalismo se convirtió rápidamente en la ortodoxia económica en el Norte y fue exportada al Sur global mediante políticas de ayuda y medidas formuladas para hacer frente a dicha crisis (Simon, 2008: 86, 87).

En este sentido es que se afirma que “existe una relación estrecha, casi “simbiótica”, entre las políticas de manejo de la deuda y las reformas macroeconómicas” (Chossudovsky, 2003:50).

Las llamadas políticas de ayuda, se puede advertir, no fueron más que el azadón mediante el cual los organismos financieros internacionales removieron tierra blanda y plantaron la semilla del neoliberalismo en América Latina a fin de conducir a la región a parámetros de mercado.

¹³ Steger y Roy señalan que “La aplicación política de las ideas keynesianas inspiró lo que algunos economistas dieron en llamar <<la edad de oro del capitalismo controlado>>, un período que se extendió de 1945 a 1975. Los programas americanos del New Deal y The Great Society, encabezados por los presidentes Roosevelt y Lyndon B. Johnson respectivamente, el tan admirado modelo sueco de socialdemocracia o la versión británica del <<Estado del bienestar>> lanzado en 1945 reflejaban un alto grado de consenso político entre los países occidentales, hasta el punto de que algún entendido llegó a proclamar <<la muerte de las ideologías>>. Los gobiernos nacionales controlaban los flujos monetarios que entraban y salían de sus territorios. Gracias al alto nivel de impuestos con que se gravaba a los grupos más ricos y a las empresas más rentables, se consiguió expandir el Estado del bienestar. Al subir los salarios y ampliarse los servicios sociales, los trabajadores de los países ricos del Norte consiguieron convertirse en clase media.”, Manfred B. Steger y Ravi K. Roy, *Neoliberalismo. Una breve introducción*, Madrid, Alianza Editorial, 2011, p. 23.

Por su parte Bruno Palier apunta que “El crecimiento económico de los <<Treinta gloriosos>> (1945-1975) reposa en gran parte sobre las beneficiosas interacciones entre desarrollo de la industria de bienes estandarizados, de gran consumo, el consumo de masa y la generalización de la protección social” Gosta Esping-Andersen y Bruno Palier, *Los tres grandes retos del Estado del bienestar*, España, Editorial Ariel, 2010, pp 8,9.

1.4 Programas de Ajuste Estructural (PAE)

El magro crecimiento de las economías nacionales y las altas tasas inflacionarias se le adjudicaban al “exceso” de regulación estatal y al “inmenso” gasto público que, de conformidad con la doctrina económica en boga, sofocaba la natural tendencia de los mercados para regular la generación y distribución de la riqueza.

Steger y Roy (2011: 27, 28) apuntan que “una vez aceptada mayoritariamente esta premisa, el siguiente paso, en buena lógica, fue admitir que los países pertenecientes al llamado Sur global no alcanzarían un adecuado desarrollo económico si se mantenían esos mismos factores. Y así nació una agenda de desarrollo global de carácter neoliberal basada esencialmente en los llamados <<programas de ajuste estructural>> y en acuerdos internacionales de libre comercio [...], a partir de entonces si los países en desarrollo altamente endeudados querían obtener los préstamos que tanto necesitaban, tenían que aceptar la agenda neoliberal que les imponían instituciones tan poderosas como el Fondo Monetario Internacional o el Banco Mundial”.

Surge así, en la década de los ochenta del siglo pasado, el denominado “Consenso de Washington” término con el que se hacía referencia a la serie de medidas económicas, promovidas por las instituciones financieras internacionales sitas en la capital de la Unión Americana y, que para los siguientes decenios se convertiría en el marco que definiría los lineamientos de desarrollo económico a nivel mundial.¹⁴

¹⁴ “Con frecuencia interpretamos el <<Consenso de Washington>> como sinónimo de neoliberalismo. La expresión, acuñada en la década de 1980 por el economista liberal John Williamson, se refiere al paquete de medidas económicas (entendidas en términos de <<mínimo común denominador>>) que el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial y otras instituciones económicas y think-tanks con sede en Washington recomendaron a la mayoría de los países latinoamericanos. En la década de 1990 se convirtió en el marco que definiría el <<adecuado>> desarrollo económico a nivel mundial. Para obtener los créditos que tanto necesitaban y conseguir que se ejecutara la reestructuración de los programas de devolución de deuda, a los países del llamado Sur global se les exigió adherirse al Consenso de Washington y adoptar las medidas necesarias para atenerse al siguiente plan: 1) Garantía de disciplina fiscal y freno al déficit presupuestario, 2) Reducción del gasto público, [...] 3) Reforma fiscal, a fin de crear un sistema de amplia base y de cumplimiento eficaz, 4) Liberalización financiera, aceptando las tasas de interés que determinara el mercado, 5) Tasas de intercambio competitivas para ayudar al crecimiento de la exportación, 6) Liberalización comercial, que suponía la abolición de licencias de importación, así como la reducción de aranceles, 7) Promoción de la inversión extranjera directa, 8) Privatización de las empresas estatales, a fin de lograr una gestión eficaz y mejores rendimientos, 9) Desregulación de la economía, 10) Protección de los derechos de propiedad”, Manfred B. Steger y Ravi K. Roy, *Neoliberalismo. Una breve introducción*, Madrid, Alianza Editorial, 2011, pp. 42, 43.

Las medidas económicas promovidas por dicho Consenso se sustentaron en los llamados programas de ajuste estructural que atendían a dos fases de aplicación: medidas estabilizadoras, en un primer momento, y de ajuste, en una segunda etapa.

Las medidas estabilizadoras eran inmediatas y estaban confeccionadas para atender los efectos de la crisis, así como para proveer una base sobre la cual se pudieran ejecutar las reformas estructurales.

En esta primera fase se tenían contempladas la austeridad presupuestaria, la liberalización de precios y la devaluación de la moneda. La austeridad presupuestaria se enfocaba en el recorte de programas sociales y en la reducción de la nómina pública. La liberalización de precios consistía en la eliminación de los controles a éstos y la desaparición de subsidios. La devaluación de la moneda se estipulaba como requisito indispensable para favorecer las exportaciones.

Las medidas de ajuste generalmente se implementaban en una segunda etapa y estaban dirigidas a promover la reestructuración económica. La liberalización del comercio y financiera, el fomento a las exportaciones, la privatización de las empresas públicas, la desregulación económica y la reforma fiscal formaban parte del paquete enfocado en esa reforma estructural.

La liberalización comercial consistía en la eliminación de cuotas de importación y la reducción de barreras arancelarias protectoras a fin de alentar una economía de exportación.

La liberalización financiera (desregulación del sistema bancario) buscaba que la política monetaria dejara de ser responsabilidad del banco central a fin de que las tasas de interés fueran determinadas por el libre mercado. Asimismo, se perseguían la desregulación y/o privatización de la banca de desarrollo y comercial, promoviéndose la entrada de capital extranjero en el sector bancario nacional, la autonomía del banco central, en este marco, se estimaba de suma importancia.

La venta de empresas públicas tenía como objetivo reducir la injerencia del Estado en la economía, a la vez que se promovía que el capital privado tanto nacional como extranjero

tuviera participación en empresas rentables de sectores estratégicos (petróleo, gas, energía eléctrica y telecomunicaciones).

La reforma fiscal introducía modificaciones a la estructura de impuestos directos, perseguía la ampliación de la base contributiva y promovía, como parte de la desregulación económica, la generación de exenciones fiscales a empresas y corporaciones como mecanismo para atraer la inversión extranjera directa (Simon, 2008; Chossudovsky, 2003; Steger y Roy, 2011).

La adopción de estas medidas se convirtió, para los países del tercer mundo, en condición para la obtención de los préstamos de los organismos financieros internacionales y los recursos de las agencias bilaterales de desarrollo.

En este sentido, sostienen Steger y Roy (2011), desde la perspectiva del FMI o el Banco Mundial para lograr un crecimiento económico sostenido y salvar de la pobreza a millones de personas era necesario reconducir a los países endeudados hacia parámetros de mercado. A tal fin, vincularon su asistencia económica con programas de ajuste anclados en recetas de talla única.

No obstante, señalará Chossudovsky (2003) en el nuevo orden comercial (que surgió de las conclusiones de la Ronda de Uruguay en Marrakech en 1994), las relaciones entre las instituciones sitas en Washington y los gobiernos nacionales han sido redefinidas. La imposición de las políticas prescritas por el FMI-Banco Mundial ya no depende solamente de los convenios de préstamo *ad hoc* a nivel nacional (que no son documentos legalmente obligatorios). En lo sucesivo, muchas de las cláusulas del programa de ajuste estructural (por ejemplo, la liberalización del comercio, la privatización y el régimen de inversión externa) estarán insertadas permanentemente en los artículos de convenio de la Organización Mundial del Comercio (OMC). Estos artículos sientan las bases para “vigilar” a los países (y para imponer “condicionantes”) de acuerdo con el derecho internacional.

Es así que el neoliberalismo como paquete de medidas económicas, mediante la triada privatización, liberalización y desregulación, se impuso alrededor del orbe no sólo como

una forma de encausar las políticas económicas de gobierno sino también como ideología dominante.¹⁵

De esta manera, en la década de los noventa, a la condicionalidad económica le siguió la condicionalidad política enfocada en la promoción del denominado “buen gobierno”.¹⁶ El impulso a la democracia como mejor forma de gobierno, el respeto a los derechos humanos y la rendición de cuentas se enmarcan dentro de este contexto.

En esta misma tónica se dio un giro a los programas de ajuste estructural para darles un cariz ético mediante la incorporación de estrategias de combate-reducción-alivio de la pobreza.¹⁷

Desde los años 1999-2000 el FMI y el Banco Mundial adoptaron las “estrategias de reducción de la pobreza” como continuación de los programas de ajuste estructural que a diferencia de éstos priorizaban el gasto anti-pobreza y debían incorporar la participación de la sociedad mediante procesos de consulta. No obstante, la condicionalidad político-económica del buen gobierno y de la eficiencia macroeconómica, vinculada a los préstamos o a la condonación de deuda a los países pobres altamente endeudados, continuó presente en dichas estrategias (Simon, 2008).

¹⁵ Para Steger y Roy el neoliberalismo es un término amplio que hace referencia al modelo económico predominante desde la década de 1980, basado en el ideal del liberalismo clásico según el cual el mercado se regula a sí mismo, no obstante ponen énfasis en la distinción de lo que ellos denominan sus tres manifestaciones (interconectadas entre sí), a saber: Neoliberalismo como ideología, neoliberalismo como modo de gobierno y neoliberalismo como paquete de medidas económicas. Desde el punto de vista ideológico, los neoliberales entrelazan sus postulados con referencias a la interdependencia económica global. En la segunda dimensión del neoliberalismo, retomando a Michel Foucault, apuntan que la mentalidad de gobierno neoliberal se basa en valores empresariales como la competitividad, el interés y la descentralización, valorando positivamente el fortalecimiento del poder individual y la disolución del poder central del Estado en unidades locales más pequeñas. En último término, la manifestación del neoliberalismo como conjunto concreto de medidas económicas se expresa en la fórmula desregulación-liberalización-privatización, Manfred B. Steger y Ravi K. Roy, *Neoliberalismo. Una breve introducción*, Madrid, Alianza Editorial, 2011, pp. 29-34.

¹⁶ “Las condicionalidades político-económicas asociadas a los programas de ajuste estructural representaron una invasión sin precedente al hasta ahora sacrosanto derecho de los Estados soberanos a determinar sus propias políticas” (Bracking, 1999; Mohan *et. al*, 1999 citados en Simon, 2008: 89,90).

¹⁷ Chossudovsky apuntará que el dogma neoliberal crea su propio “contraparadigma” que da forma a un discurso altamente moral y ético, centrado en el “desarrollo sustentable” y el “alivio de la pobreza”. Este enfoque ético y sus subcategorías (mitigar la pobreza, cuestiones relativas al género, la igualdad, etc.) presta un “rostro humano” a las instituciones de Bretton Woods y presenta un compromiso ficticio con el cambio social, Michel Chossudovsky, *Globalización de la pobreza y nuevo orden mundial*, México, Siglo XXI, 2003, p. 37.

En este orden de ideas, aunque el combate a la pobreza se convirtió en requisito de los acuerdos para préstamos, dicho combate, “bajo el dominio de las instituciones de Bretton Woods”, se ha promovido recortando los presupuestos de los programas sociales y canalizando el gasto sobre una base selectiva mediante programas focalizados destinados a grupos vulnerables, combinados con la recuperación de costos y la privatización de servicios (Chossudovsky, 2003).

1.4.1 Reformulación de los Sistemas de Salud en el marco de los PAE

La reducción del gasto destinado a los programas sociales, promovida al amparo del ajuste estructural, ha conducido a la continua privatización de servicios otrora considerados esenciales para el bienestar de la colectividad y por lo tanto de interés público y responsabilidad social. La incursión de la iniciativa privada en los sistemas de pensiones¹⁸ y en la prestación de servicios de salud, en este marco, responde a los patrones confeccionados por el Consenso de Washington.¹⁹

En 1994, el Banco Mundial emitió un informe denominado “Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento” donde se señalaban las causas que guiaban la intención de reforma de los sistemas de pensiones, consistente en el reemplazo de los sistemas públicos por planes individuales operados por instituciones del sector financiero.

Cabe destacar, como señala Blackburn (2010: 18) que “el auténtico interés del Banco Mundial se centraba [...] en los Estados de renta media de Europa del Este y América

¹⁸ Retomamos el caso de las pensiones dado que las reformas a los sistemas de salud se dieron de manera paralela a las promovidas por los organismos financieros internacionales para la seguridad social. No debemos olvidar que en muchos países el ámbito de la atención a la salud formaba parte del campo más amplio de la seguridad social (baluarte del Estado de bienestar) que también incluía los sistemas de pensiones que no pocas veces, como en el caso de México, financiaban los servicios de salud de buena parte de la población.

¹⁹ Mitchell Orenstein apunta que la causa de la privatización de las pensiones fue priorizada por el Banco Mundial, con el apoyo estratégico del FMI y de USAID, la agencia de desarrollo de E.U.A., señala que mientras estas instituciones asumían el liderazgo a la hora de promover la sustitución de la provisión de pensiones pública por la comercial, los *think tanks* neoliberales y los grandes bancos desempeñaron un papel de apoyo, contribuyendo a cubrir el coste de los seminarios, estudios y documentos de posición y llevando a cabo un importante esfuerzo de promoción una vez que la legislación era inminente, Mitchell Orenstein, *Privatizing Pensions. The Transnational Campaign for Social Security Reform*, Princeton, 2008, en Robin Blackburn, *El futuro del sistema de pensiones. Crisis financiera y Estado de bienestar*, Madrid, Akal, 2010, p. 17.

Latina y en los Estados desarrollados con un sistema público de pensiones <<predominante>>”.

Respecto al ámbito de la salud, en el Informe sobre el desarrollo mundial 1993, elaborado por el Banco Mundial y subtítulo “Invertir en Salud”, se planteaba una reformulación de las políticas de salud, enfocada nuevamente en los países en desarrollo y los otrora comunistas.

Dicha reformulación se proponía en tres vertientes, en primer término se señalaba la necesidad de promover un ambiente económico que permitiera a los hogares mejorar su propia salud. En segundo lugar, se buscaba el redireccionamiento del gasto público hacia acciones “costo-efectivas”, como la vacunación, el control y tratamiento de enfermedades infecciosas, en vez de destinar los recursos a la atención médica de especialidad.

Finalmente, la tercera vertiente proponía el fomento de mayor diversidad y competencia en la prestación de servicios de salud, mediante la descentralización de la atención pública, la promoción de prácticas competitivas y la incursión de organizaciones no gubernamentales e instituciones privadas, así como la regulación del mercado de seguros (Banco Mundial, 1993).

De manera paralela, el Banco Mundial fortaleció su programa de préstamos destinados a apoyar las reformas de los sistemas de salud. Para finales de la década de 1990 se había convertido en la agencia internacional que más fondos destinaba a los países en vías de desarrollo para ese rubro. En 1999, según precios de 1996, el Banco Mundial había concedido préstamos por un valor total de 16,800 millones de dólares (Govindaraj, et.al., 2000; Homedes y Ugalde, 2005:210).

Para el caso de la reforma de los sistemas de salud en Latinoamérica, en el marco de la Reunión Especial de Ministros de Salud de América Latina y el Caribe sobre la Reforma del Sector Salud, celebrada en Washington D.C. en septiembre de 1995 y organizada por el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización de Estados Americanos (OEA), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), se presentó el

documento llamado “Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina”, esta propuesta, cabe destacar, fue elaborado para el Departamento Técnico para América Latina y el Caribe del Banco Mundial y pretendía constituirse en el modelo a seguir en la inminente reestructuración de los sistemas de salud en la región (Londoño y Frenk, 1997).

El pluralismo estructurado, para Londoño y Frenk (1997: 324, 325), consistía en “la búsqueda de un punto medio entre los arreglos polares. [...] del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado”, de tal manera que dentro de este esquema, la prestación de servicios se convierte en ámbito de competencia de instituciones tanto públicas como privadas.

No obstante, es menester señalar que aún antes de que emergiera en el seno del Banco Mundial la propuesta del pluralismo estructurado, “Chile, que había tenido un sistema nacional de salud con cobertura universal y de acceso gratuito entre 1952 y 1981, fue el primer país latinoamericano en aplicar una reforma neoliberal a principios de la década de 1980. La dictadura fragmentó el sistema [...] y creó aseguradoras privadas denominadas Institutos de Salud Previsional (ISAPRE). También descentralizó la atención primaria y hospitalaria mediante su transferencia a las municipalidades y a las áreas de salud, respectivamente, y en 1986 estableció cuotas de recuperación en el sector público” (Homedes y Ugalde, 2005:211).

Asimismo, siguiendo las recomendaciones del Banco Mundial, en 1993 Colombia a partir de la Ley 100 inició el proceso de reforma de su sistema de salud teniendo como guía el modelo de competencia regulada o pluralismo estructurado que introducía elementos como el aseguramiento universal en salud, las administradoras de servicios y un plan obligatorio de salud (Homedes y Ugalde, 2005:211).

Cabe destacar que México no fue la excepción pues en las reformas promovidas para el sector salud el Banco Mundial ha tenido un papel destacado. Digno de mención, en este aspecto, es el documento intitulado “Mexico. Health System Reform-IMSS” de 1998, mediante el cual se establece el tipo de asistencia con la que ese organismo multilateral apoyaría “el diseño e implementación de cambios determinantes en la política del sector salud en México, principalmente mediante reformas en el Instituto Mexicano del Seguro

Social (IMSS)” (Banco Mundial, 1998), encaminadas a la generación de incentivos para la participación de la iniciativa privada en el sector.²⁰

²⁰ The reform program for the period 1998-2000 to be supported by the loan would follow a two-pronged approach: (a) developing and implementing health insurance financing reforms and the necessary regulatory framework through (i) separating financing from provision of services, (ii) increasing consumer choice and extending coverage, and (iii) developing and implementing purchasing mechanisms; and (b) institutional strengthening of IMSS through (i) changing its corporate structure and (ii) strengthening its health care delivery network. Bank assistance would consist of this adjustment operation to help finance the costs of the reform and of a parallel Technical Assistance Loan (TAL), World Bank, Mexico-Health System Reform-IMSS Adjustment Loan, Washington, D.C., 1998.

1.5 Conclusiones

La globalización es una serie compleja de procesos que afecta a los grandes sistemas al tiempo que influye en los aspectos íntimos de la vida de los individuos (Giddens, 2008). No obstante, al caracterizar a la globalización como un fenómeno esencialmente económico producido por la expansión de los mercados a nivel planetario y el libre flujo de capitales, se ha favorecido la instauración de un orden mundial en el que los entes económicos transnacionales limitan el poder de los Estados-nación y los organismos financieros internacionales delimitan su radio de acción, de manera que las agendas internas de los países se tornan con mucha frecuencia de difícil cumplimiento sin la “guía o colaboración” de agentes extraterritoriales.

Así, en un contexto en el que el cuestionamiento de las políticas implementadas durante “la edad de oro del capitalismo controlado” y dada la preocupación por lo que podría haberse convertido, en la década de los ochenta del siglo pasado, en una epidemia de dimensiones inconmensurables en la América Latina y de repercusiones altamente indeseables para la América Sajona (la intención del gobierno mexicano de declarar ante los acreedores internacionales una moratoria al servicio de la deuda, catapultada gracias a la caída de los precios del petróleo), las medidas de apoyo diseñadas por el llamado “Consenso de Washington” se constituyeron en el azadón mediante el cual se removió tierra blanda para plantar la semilla del neoliberalismo en la región.

La tónica del ajuste estructural, en este sentido, ha devenido en el gradual desvanecimiento de la intervención del Estado en los ámbitos en los que su participación no se estima necesaria de acuerdo con las pautas dadas por agentes económicos supranacionales.

Las reformas en salud promovidas principalmente por el Banco Mundial no son ajenas a esa lógica y han encontrado tierra fértil en naciones con gobiernos proclives a favorecer esquemas de mercado.

Para el caso de México, desde principios de los años ochenta, los consecutivos gobiernos de la República se han destacado por la entusiasta aquiescencia con la que han incorporado a la vida nacional las recetas prescritas por las renovadas instituciones de Bretton Woods.

Entusiasmo nada inverosímil de advertir dada la recomposición de la clase política gobernante, formada en consistencia con los principios de la economía neoclásica en boga, que aceptó de buen grado participar en el desmantelamiento del estado “benefactor” para favorecer la “revolución del libre mercado”.

De tal suerte, se ha llegado a afirmar que las reformas neoliberales en el país más que una imposición externa fueron alegremente abrazadas por un grupo de tecnócratas educados en universidades americanas (Babb, 2001: 171-186).

En este sentido se señala que aunque las presiones externas claramente tuvieron que ver con la implementación de ciertas políticas económicas a partir de 1982, un factor clave fue la presencia de una importante y poderosa cohorte de economistas formados en Estados Unidos dentro del gobierno mexicano, quienes fueron capaces de aprovechar las presiones externas para desarticular el régimen desarrollista a partir de normas transnacionales de legitimación (Babb, 2001: 183, 186).

Capítulo 2. Reconfiguración del Sector Salud en México en el marco del ajuste estructural

2.1 Introducción

Desde 1982, con la renovación de la clase política en el poder, los derroteros de la vida nacional se han visto transfigurados.

Se ha dicho en este sentido que “la sucesión presidencial de [ese año] resultó ser un parteaguas para la política económica mexicana, marcando al mismo tiempo el ascenso de la tecnocracia, el brote de la crisis de la deuda, y el despunte del neoliberalismo” (Babb, 2001:171).

Así, en el ocaso del siglo XX se presenció la instauración del neoliberalismo como paradigma dominante en México, instauración auspiciada por el ascenso a los más altos niveles del gobierno de la tecnocracia que ha mantenido, desde entonces, el compromiso indeclinable con un modelo favorecedor de las reformas de mercado.

En el ámbito de la salud, dicha renovación de la clase política ha conducido a una reconfiguración paulatina del sector sustentada en un discurso que subraya el tránsito de una lógica política a una racionalidad técnica en cuanto al proceso de toma de decisiones se refiere (Frenk, *et. al.*, 2003).

No obstante, ese aparente tránsito de lo político a lo técnico ha favorecido la puesta en marcha de una serie de procesos que responden a una visión “eficientista” de la función pública.

Esto es, en el marco de la “nueva gestión o gerencia pública” (sic) el ciudadano, dotado de derechos, se convierte en un “cliente” con requerimientos que la ley de la oferta y la demanda deberá satisfacer y en el que “los empleados del Estado ya no se [considerarán] garantes de un <<bien público>> definido en términos cualitativos, sino participantes interesados y responsables del mercado” (Steger y Roy, 2011: 32).

La reconfiguración del sector salud debe analizarse desde esa óptica. No es casual que los mayores cambios introducidos desde principios de la década de 1980 hayan atendido a recomendaciones de organismos que han promovido, desde un nivel supranacional, principios que giran en torno a una mentalidad de gobierno “empresarial” *ad hoc* con la lógica de mercado también impulsada desde las trincheras de esas instituciones y fielmente respaldada por una “nueva generación de tecno-políticos” (Babb, 2001) encumbrados en las más altas esferas del poder quienes desde aquella época comparten, literal y metafóricamente hablando, el mismo idioma que aquellos que determinan extraterritorialmente lo que más conviene para el equilibrio macroeconómico de las naciones y el libre juego de las fuerzas del mercado.

De tal suerte, la descentralización de los servicios de salud, el establecimiento de cuotas de recuperación, la definición de paquetes esenciales de beneficios, la competencia estructurada, el aseguramiento médico universal y la integración funcional del sistema son premisas que se inspiran en valores extraídos del mundo de los negocios, como la productividad, la eficacia, la competencia, el rendimiento y la ventaja comparativa y que conducen, en el marco del ajuste estructural, al gradual debilitamiento de la intervención del Estado en los ámbitos en los que su participación no se estima conveniente y que a la larga conducen a que los individuos se den a la tarea de buscar de manera biográfica solución a problemas socialmente determinados (Bauman, 2011).

Dan cuenta de ello los recortes presupuestales al gasto social y el redireccionamiento de los recursos públicos hacia acciones “costo-efectivas”.

Las cuotas de recuperación introducidas por los procesos de descentralización, por ejemplo, se convertirían en un elemento de inequidad que reduciría el acceso de la población con menos recursos a los servicios de salud, aún cuando los promotores de la descentralización argumentaban que ésta al acercar los servicios a la gente promovería mejores condiciones de atención ante las demandas generadas localmente.

El establecimiento de un paquete básico o esencial de servicios, por otro lado, limitaría el derecho constitucional a la protección de la salud con base en un número bien definido de “intervenciones” a las que el individuo ciudadanizado²¹ tendría derecho a recibir.

Mientras que el aseguramiento médico universal y la integración funcional tenderían a redefinir la naturaleza del sector al promover un sistema pluralista sustentado en la competencia estructurada.

La reconfiguración del sector se puede decir, en este tenor, ha respondido a criterios encaminados a hacer transitar el derecho de protección a la salud de compromiso social a atribución personal en el marco de una lógica individualista pro-mercado que apunta hacia el financiamiento público de un número bien delimitado de servicios y la provisión privada de éstos, así como de los que no estén considerados dentro de dicho financiamiento, en un afán de convertir el ámbito de la salud en un bien económico susceptible de crear riqueza.

²¹ La formulación de un paquete de intervenciones esenciales, de acuerdo con Julio Frenk, es una expresión del principio de ciudadanía dado que constituyen el núcleo de la universalidad, es decir, el conjunto de intervenciones a las que toda persona debe tener acceso, independientemente de su capacidad financiera o situación laboral (Frenk, *et.al.* en Solís y Villagómez, 1999: 94).

2.2 Descentralización de los servicios de salud para población no asegurada. Primera Etapa.

El proceso de descentralización de los servicios de salud en México para población no asegurada²² se emprendió en dos etapas: la primera a principios de la década de 1980 y la segunda a mediados de la de 1990 ambas, cabe mencionar, tuvieron lugar en un contexto de agudas crisis económicas, la de la deuda y la del sector financiero respectivamente.

En términos político-ideológicos, los impulsores de la descentralización en Latinoamérica promovían un discurso federalista que instaba a revertir las inercias de un centralismo de larga data y que sintonizaba con la frecuencia de propuestas como la del “Nuevo Federalismo”, emanadas de la *Public Choice School of Economics* que enarbolaba principios como el de la elección racional.

Para esta escuela de pensamiento, “la política representaba una tarea racional destinada a conseguir el mayor número de votos y no un complejo mecanismo para gobernar en aras del interés público. Como trabajaban con el supuesto de que en las votaciones los ciudadanos dirigen sus votos al partido que más les conviene, los economistas defensores de la elección pública argumentaban que los gobiernos locales estaban en mejores condiciones a la hora de responder a las demandas de los ciudadanos, dada su mayor proximidad con el <<cliente>>. Dicho de otra forma, los gobiernos pequeños y descentralizados resultaban <<mejores>> en términos de rendimiento de mercado y de eficacia económica. Y además, los nuevos federalistas añadían una ventaja más: los gobiernos pequeños tenían menos probabilidad de regular el mercado, de ahí su lema neoliberal de que <<menos es más>>” (Steger y Roy, 2011:57).

En la misma tesitura, organismos multilaterales como el Banco Mundial y la OPS señalaban que “un país no está descentralizado a no ser que [tuviera] un gobierno subnacional elegido localmente” (Burki, *et. al.*, 1999: 3) y que la descentralización debería verse como parte del proceso de democratización en la región (PAHO, 1988).

²² También denominada “población abierta”.

Asimismo, desde una óptica económica más pragmática, los promotores de la descentralización pretendían hacer de ésta un mecanismo que permitiera distribuir, entre los distintos niveles de gobierno, la carga que representaba el financiamiento de la provisión de servicios públicos.

No es casual que las medidas descentralizadoras tuvieran verificativo a la par de los recortes presupuestales al gasto social, instrumentados en atención a las condiciones establecidas por los organismos financieros internacionales durante el proceso de reestructuración de la deuda tanto en México como en otros países de la región²³ como parte de los programas de ajuste estructural.

Por ejemplo, en el marco del Programa Inmediato de Reordenamiento Económico (PIRE) de 1983, negociado con el FMI, no solo el presupuesto gubernamental se recortó, sino que el peso se devaluó radicalmente, se eliminaron subsidios, se redujo el salario real de los empleados públicos y se vendieron empresas públicas consideradas improductivas a inversionistas privados (Heredia, 1996: 154-160 en Babb, 2001: 179).

De ahí que se ha llegado a afirmar que las medidas tomadas por el gobierno de De la Madrid fueron tan consistentemente respetuosas de los estándares establecidos por el FMI que observadores internacionales estaban impresionados con la severidad de las acciones que los tecnócratas estaban dispuestos a imponer (Babb, 2001: 172).

En el documento “Descentralización y Recentralización: Lecciones de los Sectores Sociales en México y Nicaragua” elaborado para el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en 1998, se señalaba: “Simultáneamente a la devastadora recesión económica de la década de 1980 que redujo el presupuesto en salud *per capita* [...], el presidente Miguel

²³ En América Latina la crisis de los años 80 obligó a los gobiernos a reducir el gasto público y liberar fondos para pagar la deuda. Según el FMI y el BM la forma más rápida de conseguir su objetivo era reduciendo el gasto social, es decir el gasto en educación y salud. Una de las estrategias para disminuir el gasto era transferir (sin presupuesto) los servicios sociales a los estados y provincias, y a ese proceso se lo etiquetó como “descentralización”, Ugalde y Homedes, *La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica*, *Salud Colectiva*, 2008, 4(1):31-56:40; Cfr. Homedes y Ugalde, *25 años de descentralización del sistema de salud mexicano: una experiencia para analizar*, *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá, Colombia, 7 (15): 26-43, junio-diciembre de 2008; Birn, *Case Study of Mexican Health Care for the Uninsured, 1985-1996*. Informe presentado al Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C., 1996; Burki, Perry, Dillinger, editores, *Beyond the Center: Decentralizing the State*, Washington, D.C., World Bank, 1999; Merino, *Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo*, en Knaul, Nigenda, editores, *Caleidoscopio*, México, D.F., FUNSALUD, 2003; López-Arellano, Blanco-Gil, *La polarización de la política de salud en México*, *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, 17 (1): 43-54, jan-fev, 2001.

de la Madrid (1982-1988) promovió [en México] “la descentralización de la vida nacional”, [...]. Como parte de este plan global, según muchos, como un pretexto para reducir el gasto federal en salud, la administración de De la Madrid planeó la "descentralización" de los servicios de salud a nivel estatal, al tiempo que prometía autonomía al norte, equidad al sur, y una mayor eficiencia en general [...]" (Gershberg y Jacobs, 1998:29).

No es ocioso mencionar, sobre el particular, que los Acuerdos para la Integración Orgánica y la Descentralización Operativa de los Servicios de Salud a Población Abierta suscritos por los estados que se acogieron a los procesos de descentralización²⁴ estipulaban entre sus cláusulas que los gobiernos federal y estatales concurrirían en la aportación de recursos financieros para sufragar la operación de los servicios y realizar inversiones para el mejoramiento y ampliación de la infraestructura existente. Asimismo, se especificaba que el presupuesto de los servicios de salud para población abierta que se descentralizaban sería financiado 60% por la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y 40% por el gobierno del estado.²⁵

Después de la firma del primer acuerdo, acota el Secretario del Consejo Nacional de Salud durante el segundo periodo descentralizador, se pretendió la creación de estructuras administrativas estatales para realizar las funciones que hasta entonces ejercía la SSA, se estableció la transferencia de recursos humanos, materiales y financieros, junto con la responsabilidad de su administración. Sin embargo, las entidades federativas no tuvieron capacidad económica para enfrentar los compromisos contraídos (López-Barcena y Real-Mata, 2001).

Respecto a los recortes presupuestales en nuestro país se puede abundar que “el principal efecto de las medidas de estabilización y ajuste estructural en el sector salud fue un dramático descenso en el gasto público [...] que afectó tanto a las instituciones de seguridad social como a la Secretaría de Salud, pero por razones diferentes. Los ingresos de la seguridad social cayeron porque los salarios disminuyeron, lo que llevó a una

²⁴ El 30 de agosto de 1983 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) un decreto presidencial en el que se fijaban las bases para desarrollar el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), “Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de Jalisco, para la Integración Orgánica y la Descentralización Operativa de los Servicios de Salud en la Entidad”, Guadalajara, Jalisco, 18 de febrero de 1986, fuente: <http://congreso.jalisco.gob.mx/BibliotecaVirtual/busquedasleyes/Listado.cfm>, consultada el sábado 27 de octubre de 2012.

²⁵ Idem

disminución proporcional de las contribuciones pagadas como porcentaje de los ingresos, el recorte presupuestario a la Secretaría de Salud fue una decisión económica y política. El gasto por persona en salud cayó un 50 por ciento para la seguridad social y cerca del 60 por ciento para la población no asegurada entre 1982 y 1987 [...]” (Laurell, 2007:516; Birn, 1999).

Desde la visión de quienes han tenido un papel protagónico en los procesos de reforma del sector, las modificaciones introducidas a principios de la década de 1980, es decir, el denominado “cambio estructural en salud”²⁶ se definiría a partir de “la búsqueda de nuevos enfoques para ampliar el acceso y mejorar la eficiencia y la calidad de la atención”, en ese sentido, han señalado que “una importante reforma de salud se puso en marcha en 1983. Una enmienda constitucional fue introducida, se estableció el derecho de toda persona a la protección de su salud [artículo 4]. Una Ley de Salud [Ley General de Salud] progresiva sustituyó a un código sanitario obsoleto. Los servicios de salud para la población no asegurada comenzaron a descentralizarse a los gobiernos estatales. [...] La limitada cobertura de los servicios de salud se abordó a través de un programa basado en el modelo de atención primaria de salud. Intervenciones de salud pública formaron parte integral de esta reforma e incluyeron la rehidratación oral, el Programa de Vacunación Universal, un aumento en la calidad y disponibilidad de agua, y la mejora del acceso de las mujeres a la educación como un medio para mejorar la salud familiar y reproductiva” (Soberón, *et.al.*,1986; Frenk, 2003).

No obstante, para otros “el cambio estructural en salud” de la penúltima década del siglo pasado no fue más que el tránsito de “propuestas integrales, incluyentes e intersectoriales a planteamientos de acción selectiva y focalizada a través de medidas epidemiológicas puntuales dirigidas a la población pobre” (López-Arellano y Blanco-Gil, 2001:48).

El proceso de descentralización de los servicios de salud, en este tenor, se inscribe en la lógica del neoliberalismo, por un lado, como *mentalidad de gobierno* en ciernes en aquella época y, por el otro, como parte del *paquete de medidas económicas* impulsado a partir de los programas de ajuste estructural.

²⁶ Soberón, *El cambio estructural en la salud*, *Salud Pública de México*, 29:127-140, 1987.

Entre 1985 y 1987 catorce estados de la república²⁷ se adhirieron al proceso de descentralización operativa creando servicios estatales de salud que incorporaban en sus estructuras a los Servicios Coordinados de Salud Pública y al Programa IMSS-COPLAMAR²⁸.

Mediante “la renovación legislativa”²⁹ se establecieron y distribuyeron las competencias entre el ámbito federal y estatal, otorgándosele a la Secretaría de Salud *status* normativo y regulador del sistema.

No obstante una vez emprendido el camino hacia la descentralización, el proceso se vio interrumpido durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari por razones que se explican

²⁷ Tlaxcala (1985), Nuevo León (1985), Guerrero (1985), Baja California Sur (1985), Jalisco (1985), Morelos (1985), Tabasco (1985), Querétaro (1985), Sonora (1985), Colima (1986), Guanajuato (1986), Estado de México (1986), Aguascalientes (1987) y Quintana Roo (1987), (López-Barcena, Real-Mata, 2001:13,14).

²⁸ En 1973 la Ley del Seguro Social faculta al IMSS para proporcionar servicios médicos a núcleos de población sin capacidad contributiva, calificados como de extrema pobreza y profunda marginación. En 1974, se crea el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, antecedente inmediato del Programa IMSS-COPLAMAR, que a partir de 1979 permitió extender dichos servicios de solidaridad social a todo el territorio nacional, fuente: http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/historia_5.aspx, consultada el sábado 13 de octubre de 2012.

Cabe señalar que el IMSS-COPLAMAR se convierte en uno de los principales programas de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), surgida en diciembre de 1976 a iniciativa del presidente José López-Portillo y Pacheco (1976-1982) a fin de armonizar las acciones de las instituciones públicas dirigidas a esas zonas y grupos (Sánchez, 2006: 66, 67).

El IMSS-COPLAMAR luego se llamó IMSS-Solidaridad (1990) y más tarde IMSS-Oportunidades (2002), fuente: http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/historia_5.aspx, consultada el sábado 13 de octubre de 2012.

²⁹ El “cambio estructural en salud” se emprende con “la renovación legislativa” para la reforma del sector en 1983. La Ley General de Salud entra en vigor en julio de 1984 y la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambia su denominación a Secretaría de Salud en 1985. Se expiden leyes estatales de salud y 8 reglamentos que sustituyen 80 ordenamientos y se emiten normas técnicas (Soberón, 1987).

a partir del “estilo personal de gobernar” del presidente ³⁰, pero también debido a factores relacionados con la confección de la estrategia inicial que respondía, más que a las necesidades y características nacionales, a las directrices supranacionales de los organismos internacionales que no muy tarde cayeron en cuenta de que la

³⁰ Aunque la descentralización siguió siendo la política oficial, en la práctica hubo una “recentralización” de la toma de decisiones y del manejo de los recursos financieros de programas sociales para concentrar poder político en la Presidencia de la República: disminuyó la proporción de fondos discrecionales (capítulo 4000) que llegaban a los estados descentralizados (Flamand, 1997) y aumentó el presupuesto para programas verticales de origen federal (Birn, 1996). En el ámbito de la salud, se inició un retroceso en las reformas emprendidas en la administración anterior. De acuerdo con el documento elaborado para el BID, arriba citado, dicho retroceso tuvo lugar mediante una sustitución gradual de transferencias generales por la asignación de presupuesto etiquetado y mediante la creación de varias iniciativas centralizadas de salud pública para mejorar la salud materno-infantil. La “recentralización” se ha atribuido a una mejoría en la economía mexicana y a la voluntad de la administración Salinas por arrebatar el control dado a los gobiernos estatales (Gershberg y Jacobs, 1998:30).

Entre los programas verticales de origen federal destacados se puede mencionar al Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) que era una iniciativa de inversión social “muy parecida a las que el Banco Mundial había financiado en diferentes países del mundo [y que] hasta 1991 se manejó directamente desde la Presidencia de la República y después a través de la recién creada Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), que estuvo dirigida por Luis Donald Colosio, presidente del [Partido Revolucionario Institucional] PRI y [posteriormente] candidato a la Presidencia. A través de PRONASOL, el gobierno de Salinas de Gortari financió actividades de erradicación de la pobreza (incluyendo inversiones en infraestructura, nutrición, educación, salud, vivienda, agua y saneamiento, electricidad, etc) [...]; en este proceso no se incluyó a los gobiernos estatales ni municipales. El programa adquirió gran visibilidad por la cantidad de fondos que manejaba (2,200 millones de dólares en 1993, que era un presupuesto muy superior al de muchas secretarías federales), por la agilidad y la facilidad con la que se efectuaban los desembolsos, y por la importancia política que se le había otorgado. A través de PRONASOL el poder volvió a centralizarse en el nivel federal [...]” (Homedes y Ugalde, 2008: 32, 33).

Asimismo, se ha señalado que “mediante este programa, que estuvo caracterizado por el uso de partidas presupuestales más bien discrecional y muy publicitadas como ejercicio del gasto público a favor de los pobres, el presidente Salinas explotó aún más que sus antecesores los activos políticos del presupuesto social. El gobierno trató de legitimar sus credenciales revolucionarias a través de este programa antipobreza, convirtiéndose esta estrategia en un componente más de la maquinaria política operada a través del presupuesto” (Moreno-Brid y Ros-Bosh, 2010:275).

En este sentido, se ha afirmado que el PRONASOL “es la versión más acabada de la política social asistencialista y centralizada que caracteriza al sexenio [de Carlos Salinas]. En este programa se propicia una relación casi directa entre la figura presidencial y la población pobre, al margen de las instituciones de bienestar social, debilitando a las instituciones públicas y violentando incluso las propuestas descentralizadoras del sexenio anterior [...]” (López-Arellano y Blanco-Gil, 2001: 47).

descentralización no era la panacea y que no existía tampoco una receta única para descentralizar.³¹

En el reporte elaborado para el BID (Gershberg y Jacobs, 1998:28) se señala, incluso, sobre la descentralización de los servicios de salud en México que “las reformas de la década de 1980 pueden ser caracterizadas como una descentralización “parcial” o “incipiente”, porque en 14 de los 31 estados del país la responsabilidad sobre la población no asegurada fue transferida del nivel federal al estatal, pero la descentralización presupuestaria se limitó a los medicamentos, suministros y gastos en servicios generales. Incluso dentro de esta reforma presupuestaria limitada, el grado de autonomía estatal varió con el tiempo y la administración presidencial [en turno]. A pesar de estos serios límites a la descentralización, el caso de la reforma mexicana ofrece una serie de lecciones interesantes, tanto en términos de los efectos positivos y perjudiciales en la administración y la prestación de asistencia sanitaria y en términos de cómo no se debe descentralizar”.

Ugalde y Homedes (2008) destacan, en este sentido, que durante el primer intento de descentralización en México los 17 estados que no aceptaron recibir la transferencia de la provisión de los servicios de salud se negaron por entender, como fue el caso, que el gobierno federal no iba a transferir los recursos necesarios por tratarse ésta de una descentralización administrativa y no fiscal.

Cabe señalar que una vez comenzada la descentralización hacia las entidades federativas que firmaron los Acuerdos para la Integración Orgánica y la Descentralización Operativa de los Servicios de Salud la única fuente de captación de recursos, adicional a las transferencias federales, que éstas tuvieron a mano para financiar las recién

³¹ Ugalde y Homedes apuntan que a pesar de la evidencia del fracaso de la estrategia descentralizadora impulsada por los organismos financieros internacionales, éstos no solo continuaron recomendándola, promoviéndola, exigiéndola y financiándola sino que en un afán *cuasi* cínico presentaban como casos exitosos los que ya habían probado ser todo lo contrario, en ese sentido señalan que “en 1991 cuando no había duda alguna del fracaso de la primera descentralización en México un documento del BM decía: *El sistema de salud ya se ha descentralizado en el estado de Guerrero con buenos resultados y está en proceso de finalizarse en Chiapas, Hidalgo y Oaxaca, bajo el monitoreo del Basic Health Project (Report no. 8927-ME)*. Dos años antes, [Miguel Angel] González-Block y colaboradores habían publicado el resultado de su estudio en Guerrero y Oaxaca en el que explicaban el fracaso de la descentralización en Guerrero y las razones por las cuales se abortó el proceso de descentralización en Oaxaca” (Ugalde y Homedes, 2008:42). Los documentos a los que hacen referencia Ugalde y Homedes son: World Bank, *The World Bank and Users Fees*, Washington DC, World Bank, 1991 y González-Block, Leyva, *et. al.*, *Health Services Decentralization in Mexico: Formulation, Implementation, and Results of Policy, Health Policy and Planning*, 1989, 4 (4):301-315.

adquiridas responsabilidades fueron las cuotas de recuperación, también promovidas por el Banco Mundial,³² que se constituyeron frecuentemente en un elemento de inequidad porque reducían el acceso de la población con menos recursos a los servicios de salud, incluyendo a los otrora beneficiarios del programa IMSS-COPLAMAR, cuyas unidades fueron transferidas a los gobiernos estatales en las entidades descentralizadas.

“Trabajos de campo en Guanajuato, Baja California Sur, Jalisco, Morelos e Hidalgo indican que el incremento [...] de cuotas de los usuarios en estos estados impidió mejorar la equidad e incluso aumentó la inequidad en muchas localidades. En Nuevo León, a pesar de que se eliminaron las cuotas en las jurisdicciones sanitarias más pobres, en las demás jurisdicciones se utilizaron en parte para aumentar el salario de los funcionarios; es decir, hubo una transferencia de dinero de los pobres a la clase media” (Ugalde y Homedes, 2008:45).

No obstante, la evaluación hecha para el BID (Gershberg y Jacobs, 1998: 33) resaltaba que “el uso exclusivo por parte de las entidades federativas de las cuotas de recuperación es un elemento pequeño pero importante de los acuerdos de descentralización de la década de 1980, [...]. Las cuotas de recuperación se están convirtiendo en una fuente de ingresos cada vez más importante, más del doble como proporción del gasto total para la población no asegurada en los estados descentralizados, de un promedio del 4% en 1985-7 hasta el 9.3% en 1994-5”.

A pesar de ello, en el mismo documento se reconocía que el ingreso por cuotas de recuperación, en 1994, variaba entre 2.3% y 16.1% del gasto total en salud por estado y que el uso de esos recursos variaba también dependiendo de cada entidad, como ejemplos tomaba los casos de Hidalgo (no descentralizado) donde el 85% de las cuotas de recuperación permanecían en la unidad médica o a nivel de la jurisdicción sanitaria, 10% se transfería al nivel estatal y 5% a un fondo federal; en Jalisco el 100% de las

³² “Cuando la descentralización se implementó siguiendo los principios neoliberales, las autoridades locales establecieron o aumentaron las cuotas de recuperación para financiar los servicios. El BM empezó a promover las cuotas de recuperación a finales de los '80, y siguió defendiendo esa práctica a pesar de que muchos informes indicaban que las cuotas reducían el acceso de los pobres a los servicios de salud. Cuando se acumuló suficiente evidencia de que las cuotas creaban inequidades, el BM cambió de estrategia y dejó de recomendarlas, aunque las autoridades locales siguen cobrando cuotas en muchos países”, (Ugalde y Homedes, 2008: 44); Cfr. World Bank, *World Development Report 1993: Investing in Health*, Washington D.C., 1993; Segall, *District Health Systems in a Neoliberal World: A Review of Five Key Policy Areas*, *International Journal of Health Planning and Management*, 2003, 18 (Supl 1): S5-S26; World Bank, *The World Bank and User Fees*, Washington D.C., World Bank, 2001.

cuotas de recuperación se dirigía a la secretaría de salud estatal donde era usado para pagar nómina y otros gastos. Se apuntaba también que el caso de Jalisco era excepcional entre los estados descentralizados dado que en los demás el dinero se iba generalmente a las arcas del gobierno estatal.

Asimismo, a pesar de haberse creado las secretarías estatales de salud (en los estados descentralizados) y el Consejo Nacional de Salud (CONASA)³³ con la intención de que éste se constituyera en el organismo colegiado que aglutinara la representación de dichas secretarías para revisar, atender y dar cauce a la agenda nacional de salud, en realidad se convirtió en el mecanismo mediante el cual la Secretaría de Salud federal transmitiría de manera vertical las decisiones y los programas de salud confeccionados a nivel central.

“Los estados descentralizados tuvieron que seguir implementando los programas de acuerdo con las directrices y protocolos de la SSA, y no podían sobrepasar los criterios de calidad aunque tuvieran los recursos para hacerlo. Por ejemplo, el tratamiento de los pacientes tuberculosos tenía que hacerse tal como mandaba la federación, y aunque el estado tuviera los recursos, estos no se podían utilizar para ofrecer tratamientos de segunda línea a pacientes afectados de tuberculosis multidrogo resistente. Estados Unidos tenía datos de la existencia de tuberculosis multidrogo resistente, pero la SSA no aceptaba esa realidad; por eso no dejó que los estados fronterizos ofrecieran con sus propios recursos tratamientos de segunda línea; es decir, no se cumplía lo que habían

³³ El CONASA fue creado por Acuerdo Presidencial el 25 de marzo de 1986, instalándose formalmente el 23 de mayo de ese año en la ciudad de Querétaro. El acuerdo estableció que el Consejo sería una instancia de coordinación para la programación, presupuestación y evaluación de la Salud Pública. Fuente: http://www.cns.salud.gob.mx/contenidos/1_informaciongeneral.html, consultada el sábado 13 de octubre de 2012.

El documento elaborado para el BID señalará, en este orden de ideas, que el único cambio, introducido por el proceso de descentralización de la década de 1980, que tuvo lugar en todas las entidades federativas fue la desconcentración de las facultades de los Servicios Coordinados de Salud Pública a los que se les dio una mayor participación en el proceso de planeación y presupuestación en el sentido de que podían hacer más propuestas que antes, sin embargo, señala el documento, las decisiones finales continuaron siendo tomadas centralmente, (Gershberg y Jacobs, 1998: 29);

La instrumentación de mecanismos de coordinación en materia de salud entre el gobierno federal y los gobiernos de las entidades federativas, encuentra su antecedente en los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, organismo creado en 1934 en el marco de la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios de la República. Fuente: http://www.cns.salud.gob.mx/contenidos/1_informaciongeneral.html, consultada el sábado 13 de octubre de 2012.

Cfr. López-Arellano y Blanco-Gil (2001), *op. cit.*, p. 45; Homedes y Ugalde (2008), *op. cit.*, p. 28.

defendido los promotores de la descentralización: los estados no podían adaptar sus programas a las necesidades de sus comunidades. Por otra parte, las evaluaciones demostraron que los programas de control de vectores [...] se deterioraron después de la descentralización en los estados de Jalisco, Tabasco, Guerrero y Nuevo León” (Homedes y Ugalde, 2008: 32).

Otros investigadores coinciden al señalar que “en los hechos, se produce un desmantelamiento temporal de los programas de control de enfermedades, con la consecuente reducción de la eficacia de las medidas epidemiológicas puntuales. La regresión sanitaria en este periodo puede ser ejemplificada con el incremento en la incidencia de paludismo, dengue y tuberculosis, con la epidemia de sarampión 1989-90; así como con el incremento de la mortalidad por desnutrición en preescolares y con la profundización de las diferenciales de salud entre grupos y regiones” (López-Arellano y Blanco-Gil, 2001: 47).

La OPS acepta, en este tenor, que “los procesos descentralizadores [en la región] llevaron a una mayor fragmentación institucional de los programas de control de las enfermedades transmisibles y al abandono de algunas metas de salud pública”. Asimismo, resalta que las consecuencias epidemiológicas fueron “un aumento de la incidencia de enfermedades que podrían haberse eliminado; el resurgimiento de enfermedades ya erradicadas o controladas o con transmisión interrumpida; y la emergencia de enfermedades nuevas” (Yadón, *et.al.*, 2006: 343).

Otro elemento importante que devela como fallida la estrategia de descentralización de la década de 1980 en México fue la iniciativa del gobierno federal de transferir la amplia red de unidades médicas dependiente del programa IMSS-COPLAMAR a los servicios estatales de salud.³⁴

³⁴ El 8 de marzo de 1984, mediante decreto presidencial, se ordena la descentralización de los servicios de salud de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia a los estados y del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria denominado IMSS-COPLAMAR, a cargo del IMSS, con el objetivo de llevar a cabo un proceso de integración orgánica de los servicios de salud para población abierta a fin de conformar sistemas estatales de salud, “Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de Jalisco, para la Integración Orgánica y la Descentralización Operativa de los Servicios de Salud en la Entidad”, Guadalajara, Jalisco, 18 de febrero de 1986, fuente: <http://congreso.jalisco.gob.mx/BibliotecaVirtual/busquedasleyes/Listado.cfm>, consultada el sábado 27 de octubre de 2012.

El informe del BID (Gershberg y Jacobs, 1998:30) afirma que “la fusión de los servicios de salud del IMSS-COPLAMAR [...] fue el aspecto más controvertido de la reforma por una variedad de razones. En primer lugar, dado que no todo el personal del IMSS-COPLAMAR se unió a las nuevas secretarías estatales de salud hubo una pérdida neta de personal de salud que atiende a la población abierta inmediatamente después de la fusión, [...]. Después, muchos empleados del IMSS-COPLAMAR se opusieron a unirse a las secretarías estatales de salud debido a condiciones de trabajo inferiores. La fusión fue costosa, cientos de millones de pesos^[35] se gastaron para la homologación salarial y las indemnizaciones. Lo más importante, debido al amplio apoyo popular del que gozaba el IMSS-COPLAMAR, gracias a sus servicios más completos e integrados, unidades mejor equipadas y dotadas de personal y resultados superiores, la fusión con los servicios coordinados de salud menos favorecidos fue ampliamente cuestionada”.

Para 1990 el Programa IMSS-COPLAMAR, renombrado en ese año IMSS-Solidaridad, continuó su operación en 17 estados para entonces todavía no descentralizados en los que amplió su cobertura hasta alcanzar una infraestructura de 3,540 unidades médicas y 69 hospitales en zonas rurales.³⁶

En este sentido, el reporte del BID (Gershberg y Jacobs, 1998:31) concluye diciendo que “es difícil llamar a las reformas en salud de México un proceso de “descentralización”, porque los estados no obtuvieron un nivel significativo de control sobre ningún aspecto del sistema y la mayoría de los pocos nuevos poderes que ganaron, les fueron quitados lentamente. Como se señaló anteriormente, el caso mexicano ofrece lecciones de como *no* descentralizar”. Asimismo, terminan recomendando que “todos los esfuerzos futuros para implementar verdaderas reformas deberán comenzar resolviendo el legado de estas reformas fallidas”.

En el documento denominado “Logros y retos de la descentralización fiscal. Lecciones desde México”, editado por el Banco Mundial, se sostenía que más que una descentralización lo que se había operado en nuestro país era una desconcentración administrativa sin grandes cambios ya que los 14 estados que firmaron los acuerdos de

³⁵ La homologación salarial tuvo un costo de unos 140,000 millones de pesos (aproximadamente 458 millones de dólares (Kumate, 1989 en Homedes y Ugalde, 2008: 31).

³⁶ Fuente: <http://www.imss.gob.mx/instituto/informes/Documents/07-Capitulo%20VII%20Programa%20IMSS%20Oportunidades.pdf>, consultada el sábado 13 de octubre de 2012.

descentralización continuaron bajo estrictos controles presupuestales y regulatorios por parte de la Secretaría de Salud federal (Cabrero y Martínez-Vázquez, 2000).

Otros autores (López-Arellano y Blanco-Gil, 2001) no solo coinciden en que el proceso descentralizador de los años ochenta se trató más bien de una desconcentración operativa, sino que consideran además que dicha desconcentración privilegió la atención de bajo costo y profundizó la inequidad en el acceso a servicios de salud de calidad. Birn (1999), en este sentido, presenta evidencia de que la cobertura de los servicios de salud para población abierta disminuyó en los estados que emprendieron el proceso de descentralización mientras que en los que no lo hicieron aumentó.

De igual manera, la evaluación del BID destaca que a pesar del importante marco legislativo creado para llevar a cabo el proceso de descentralización, éste no sólo nunca se completó sino que fue revertido, atribuyendo la suspensión de la reforma a reportes sobre una importante caída en la calidad de los servicios en Guerrero, Morelos y otros estados, así como a reclamos sobre el deterioro de los servicios antes prestados por el IMSS-COPLAMAR. Al final de la década de 1980, señala el informe, era claro que la descentralización no había generado mejoras en los servicios de salud y que la infraestructura del sector se había deteriorado en muchos estados descentralizados (Gershberg y Jacobs, 1998).

En la actualidad, el proceso de descentralización del otrora IMSS-COPLAMAR, hoy IMSS-Oportunidades, sigue dando marcha atrás. El propio IMSS señala que entre 2009 y 2011 se reincorporaron Guerrero y el Estado de México a los servicios que el programa provee en el ámbito rural. Asimismo, apunta que se emprendió un crecimiento de infraestructura con 8 nuevos hospitales y finalmente resalta que “en 2012 IMSS-Oportunidades cumple 33 años de trayectoria, periodo en el que ha consolidado su red de servicios en salud para beneficiar a las personas que más lo necesitan”.³⁷

A partir de la serie de argumentos arriba expuestos, se puede afirmar que el primer intento descentralizador de los servicios de salud para población abierta no fue exitoso pues además de tratarse de una iniciativa parcial e incompleta, “la descentralización” de la década de 1980 implicó altos costos económicos y sociales.

³⁷ Fuente: http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/historia_5.aspx, consultada el sábado 13 de octubre de 2012.

Puede decirse que fue parcial pues consistió más bien en una desconcentración operativa que no fue, por tanto, acompañada de la distribución de recursos y atribuciones que una real descentralización ameritaba.

Incompleta pues solo 14 de las 32 entidades federativas del país suscribieron el proceso y el compás de espera impuesto durante la administración Salinas significó *de facto* una contrarreforma caracterizada por una concentración de potestades y recursos destinados a programas sociales, incluyendo los de salud, en la figura presidencial.

Asimismo, la puesta en marcha de lo que Guillermo Soberón denominó “el cambio estructural en salud” representó para el erario federal un costo de más de 450 millones de dólares (Kumate, 1989 en Homedes y Ugalde, 2008: 31), a lo que debe sumarse el costo no cuantificado que implicó el impacto negativo de los cambios en la equidad en el acceso, por la introducción de las cuotas de recuperación, y en la calidad de los servicios destinados a grupos vulnerables, debido al deterioro del capital físico y la reubicación del capital humano del IMSS-COPLAMAR.

2.3 Descentralización de los servicios de salud para población no asegurada. Segunda Etapa.

Después de un *impasse* en el proceso de descentralización de los servicios de salud para población no asegurada a las entidades federativas, la administración de Ernesto Zedillo (1994-2000) retomó la estrategia a partir del impulso a lo que se denominó “nuevo federalismo”,³⁸ en ese sentido, el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 promovía, entre otras medidas reformadoras de la vida pública, el fortalecimiento del pacto federal mediante la transferencia de facultades, funciones y recursos a estados y municipios.

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, en el marco de la planeación para el desarrollo, proponía avanzar en los cambios iniciados en 1982. El proceso de descentralización y la definición de un paquete básico de servicios para grupos con limitado o nulo acceso a éstos se constituían en los ejes de la reforma. Cabe mencionar que se buscaba profundizar la transformación del sector con la introducción, al mismo tiempo, de modificaciones fundamentales a la Ley de la principal institución de seguridad social en el país, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Para retomar y avanzar en los cambios iniciados una década antes, se firmaron en 1996 el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud³⁹ y los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud mediante los cuales se transfería al nivel estatal la responsabilidad de la prestación de servicios de salud para población no asegurada, determinando en dichos instrumentos jurídicos las atribuciones específicas para cada ámbito de gobierno de acuerdo con lo estipulado en la Ley General de Salud (De Stefano, 2001).

³⁸ *Cfr.* Programa para un Nuevo Federalismo 1995-2000.

³⁹ El Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud fue suscrito entre el gobierno federal, los gobiernos de las entidades federativas, la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE) y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTSSA), (Tamayo, 2001: 54).

Así y de conformidad con la tendencia en boga a nivel mundial sobre la reorganización funcional de los sistemas de salud,⁴⁰ los acuerdos suscritos preveían la creación de Organismos Públicos Descentralizados (OPD) de la Administración Pública Estatal ⁴¹ que se encargarían de la prestación de servicios, en tanto que la creación de secretarías de salud locales debería dar cauce a la facultad reguladora de los sistemas estatales, de manera que las secretarías en las entidades federativas pudieran contratar servicios con el OPD o con otros proveedores públicos y/o privados (Homedes y Ugalde, 2008), “buscando una mayor racionalidad económica, una administración más eficiente y la formación de un mercado más amplio de servicios médicos” (López-Bárcena y Real-Mata, 2001: 15).

Homedes y Ugalde (2008), no obstante, señalarán que en la realidad la separación de funciones no se materializó, pues los organigramas de las secretarías estatales no sufrieron modificaciones significativas y sus titulares siguieron a cargo de las funciones de regulación y de salud pública, al tiempo que la mayoría se ostentaba como director ejecutivo del OPD en cuestión y tal como se había hecho antes, se continuó dando prioridad a las actividades relacionadas con la prestación de servicios. Este fracaso, abundarán Homedes y Ugalde, se puede atribuir en parte a que las acciones de regulación estaban mal definidas, a que el nivel federal no dio ninguna indicación de cómo se podían separar los presupuestos y los recursos humanos entre ambas instancias y a que el personal estaba más familiarizado con la función de prestación que con la de regulación.

Otro cambio introducido en el marco del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 fue la creación, en diciembre de 1997, del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) dentro del Ramo 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF). La asignación de recursos, en este sentido, comenzó a hacerse directamente a las entidades federativas y no a través de la Secretaría de Salud federal,

⁴⁰ A principios de la década de 1990 comenzó un movimiento mundial sobre la reforma de los sistemas de salud que promovía, entre otras cosas, la separación de las funciones de financiamiento y de prestación de servicios a fin de estimular la competencia, la evaluación de las intervenciones de salud con el objetivo de diseñar paquetes de beneficios costo-efectivos, programas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y el mayor involucramiento de los ciudadanos en el cuidado de su salud. Las reformas de esa década en México se sustentaban en la reorganización del sistema por funciones (prestación de servicios, financiamiento y rectoría) (Frenk, *et. al.*, 2003).

⁴¹ La instalación de los OPD en las entidades federativas, incluyendo el DF, concluyó en diciembre de 1997 (López-Bárcena y Real-Mata, 2001).

pudiendo realizarse transferencias entre categorías de gasto (excepto la de personal) a partir de 1998.

A decir de sus promotores, a diferencia del proceso de reforma de la década anterior, los estados contaron con mayor autonomía formal en el manejo de los recursos transferidos por la federación (Ares de Parga, 2001; López-Bárcena y Real-Mata, 2001; Tamayo, 2001; De Stefano, 2001).

De acuerdo con Ares de Parga (2001) para 1998 las entidades federativas ejercían el 66.4% del presupuesto autorizado a los servicios de salud para población abierta y para 1999 el 70.1%, en contraste con 1995 cuando los estados descentralizados controlaban el 23.4% del presupuesto y los no descentralizados el 20.4%.

No obstante, se ha señalado al respecto que la autonomía en el ejercicio de esos recursos estaba limitada en los hechos debido a que la mayor parte del gasto (entre el 70% y el 80%) se destinaba al pago de nómina, etiquetado desde el centro (Merino, 2003; Arjonilla, 2006; Ares de Parga, 2001).

En cuanto a la autonomía que los estados pudieron ejercer para la compra de insumos y medicamentos se puede decir que a la larga ésta resultó perjudicial para la eficiencia del sector y el erario público debido a la pérdida de las economías de escala que favorecía la compra consolidada ⁴² (Abrantes, 2006; Homedes y Ugalde, 2011).

Asimismo se subraya que a pesar del incremento del presupuesto en salud que el gobierno federal asignó a los estados entre 1996 y el año 2000,⁴³ no hubo una redistribución equitativa de recursos entre entidades federativas dado que dicha asignación se siguió realizando de acuerdo con el presupuesto histórico, es decir, con base en el gasto que ejercía directamente el gobierno federal en cada estado antes de la descentralización, lo que estaba estrechamente vinculado con la plantilla de personal y

⁴² Recientemente se ha tratado de que las entidades federativas participen en la compra consolidada de medicamentos que ha venido promoviendo la Secretaría de Salud junto con el IMSS y el ISSSTE. *Cfr.* Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud; Secretaría de Salud, Medicamentos Genéricos. Compra Consolidada por Licitación, Guía de Apoyo a Entidades Participantes, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, marzo de 2012.

⁴³ *Cfr.* Moreno-Jaimes, *La descentralización del gasto en salud en México: una revisión de sus criterios de asignación*, DAP 95, México, D.F., CIDE, 2001; Ares de Parga, *La descentralización financiera en De la Fuente y López-Barcena, Federalismo y Salud en México, Primeros Alcances de la Reforma de 1995*, México, UNAM/DIANA, 2001, pp. 66-68; Tamayo, *Fortalecimiento del Federalismo y Descentralización en De la Fuente y López-Barcena, op. cit.*, p. 56.

con el inventario de infraestructura médica (Abrantes, 2006; Ares de Parga, 2001; Arjonilla, 2006; World Bank, 2006; Farfán, 2010).

Se ha enfatizado, en ese sentido, que “la descentralización que se inicia en los años noventa tiene un carácter financieramente inercial, puesto que los recursos transferidos a los estados son aquellos que originalmente le correspondían [...] a la Secretaría de Salud sin atender a criterio alguno relativo a la superación de carencias o desigualdades a nivel regional o estatal” (Farfán, 2010: 151, 152).

Así, al no modificarse de fondo el mecanismo de distribución de recursos se mantuvo el perfil desigual del ejercicio del gasto público. En este sentido, los estados más pobres siguieron percibiendo menos recursos *per capita* que el resto (Homedes y Ugalde, 2011; World Bank, 2006, 2006a). Para el año 2000, los seis estados clasificados en el quintil más alto recibían en promedio alrededor de tres veces y medio más recursos por persona de la población abierta que aquellos en el quintil más bajo (Merino, 2003; Farfán, 2010).

Aún cuando algunas entidades federativas incrementaron sus contribuciones para cubrir el gasto en salud, a partir de la firma de los acuerdos donde se comprometían a hacerlo así, los montos variaron según el estado y en la mayoría de los casos éstos fueron limitados debido a la escasa capacidad recaudatoria fiscal local (Homedes y Ugalde, 2011; Merino G, 2003; World Bank, 2006).

De acuerdo con un análisis de González Pier (2003), el estado que más contribuyó al financiamiento de los servicios de salud aportó 156 veces más que el que destinó menos recursos. Lo cual implicó en los hechos que las asignaciones estatales también hayan contribuido a promover la inequidad interregional, pues entre las entidades que más aportaron, como era de esperarse, se registra a las menos marginadas como el D.F., Tabasco, Sonora y Aguascalientes.⁴⁴

En este contexto y ante la falta de recursos para hacer frente a las nuevas responsabilidades, las cuotas de recuperación se convirtieron, como en la primera etapa

⁴⁴ Cfr. Merino, 2003, *op. cit.*, Gráfica 5, “Dispersión entre el FASSA y el gasto estatal en salud por población abierta”, p. 26; World Bank, *Decentralized service delivery for the poor*, Vol. 1, World Bank, México, 2006, p. 36, 66.

descentralizadora, en un elemento de gran relevancia para los estados pues podían disponer casi en su totalidad de ellas.⁴⁵

“La percepción de las autoridades, incluyendo los sindicatos, era que las cuotas debían ajustarse a lo máximo que el usuario estuviera dispuesto a pagar” (Homedes y Ugalde, 2008: 37).

En este orden de ideas Carlos Castro Medina, ex Secretario de Salud de Tamaulipas, ponderaba la importancia del incremento en la captación de recursos por concepto de cuotas de recuperación durante la segunda mitad de la década de 1990 en su estado y subrayaba que dicho incremento respondía al programa de motivación del departamento de trabajo social, que como se sabe -enfaticaba el ex Secretario- “es el órgano de choque de los establecimientos de salud en la determinación de los niveles de pago por este concepto; de esta forma puede verse cómo un departamento de trabajo social motivado incrementa notablemente la captación de cuotas de recuperación” (Castro, 2002: 92).

Cabe señalar que parte de los ingresos por cuotas de recuperación se destinaba a la compra de medicamentos e insumos, así como a obras de conservación y mantenimiento. Sin embargo, según los resultados arrojados por una investigación hecha en seis entidades federativas,⁴⁶ también se utilizaban en algunos casos (como en Nuevo León) como incentivos para el personal, convirtiéndose así en un instrumento de financiamiento regresivo pues se transferían recursos de personas de bajos ingresos, que son los que utilizan los servicios de la Secretaría de Salud, a los salarios de profesionistas de clase media. En tanto que en otros estados como “Tamaulipas se utilizaban a discreción del director del establecimiento de salud donde eran recabadas” (Homedes y Ugalde, 2006; 2011: 497).

En Guanajuato la Secretaría de Salud estatal, por su parte, decidió que los centros de salud debían cobrar cuotas de recuperación por los servicios incluidos en el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) aún cuando el acuerdo-préstamo firmado entre la

⁴⁵ En general, el 85% de los fondos generados a través de las cuotas de recuperación se utilizaban como incentivos a la productividad del personal, para mejorar la infraestructura y para la compra de insumos. El 15% restante se distribuía entre la secretaría estatal (10%) y la beneficencia federal (5%), Homedes y Ugalde, 2008, *op. cit.*, p. 37. Cfr. Castro, *Administración de Cuotas de Recuperación. Operación de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública en Tamaulipas* en De la Fuente y López-Bárcena, 2001, *op. cit.*, pp. 91-101.

⁴⁶ Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Nuevo León, Sonora y Tamaulipas, Homedes y Ugalde, *Descentralización de los servicios de salud: estudios de caso en seis estados mexicanos*, *Salud Pública*, México, 2011, 53: 493-503.

Secretaría de Salud federal y el Banco Mundial estipulaba que dichos servicios debían ser gratuitos. De hecho, Guanajuato era de las entidades federativas que más recursos recolectaba por concepto de cuotas de recuperación, sólo después del próspero Nuevo León (Arjonilla, 2006).

Asimismo, en Sonora se reconoce que, debido a la falta de recursos,⁴⁷ la tendencia a extraer contribuciones de localidades pobres mediante cuotas de recuperación o trabajo comunitario a cambio de servicios de salud fue en aumento (Abrantes, 2006).

Así las cosas, podría decirse que el establecimiento de las cuotas de recuperación que trajo consigo el proceso de descentralización se constituyó en un elemento pernicioso del sistema que pudo haber acrecentado la inequidad en el acceso a los servicios pues castigó a la población con menos recursos al imponérseles *de facto* una contribución para el financiamiento de las reformas estructurales en salud emprendidas desde la penúltima década del siglo pasado.

En este sentido, en un informe elaborado para el Banco Mundial (2006a: 96), se señala que paradójicamente hubo estados como Oaxaca e Hidalgo donde se dio una participación relativamente importante de los usuarios en el financiamiento de los servicios de salud, siendo justamente estas entidades federativas de las más pobres y con mayor grado de marginación social.

Cabe destacar que, al igual que los procesos de descentralización, las cuotas de recuperación fueron promovidas desde las trincheras del Banco Mundial a pesar de que las evidencias mostraban que éstas impactaban negativamente en el acceso de las personas con menos recursos a los servicios de salud (Ugalde y Homedes, 2008).

⁴⁷ La escasez de recursos hizo difícil mantener la infraestructura física y realizar oportunamente los pagos a hospitales públicos, así como a los proveedores farmacéuticos. Asimismo, programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud como el de SIDA, dengue y cólera padecieron también la falta de recursos (Abrantes, 2006: 195).

En contraste con los escasos recursos destinados al sector durante el ajuste estructural,⁴⁸ con la descentralización el gobierno federal tuvo que asumir el costo que representó la homologación salarial⁴⁹ de los trabajadores que conformaron los Servicios Estatales de Salud (el 80% de las plazas homologadas fueron de la rama médica, paramédica y de enfermería y el 20% del área administrativa).⁵⁰ Para el segundo intento descentralizador el gasto anual por este concepto se calculó en unos 358 millones de pesos (López-Barcena y Real-Mata, 2001).

Cabe mencionar que el costo no solo fue económico, pues en los servicios estatales de salud al final de la segunda etapa de descentralización había cuatro categorías de trabajadores: a) empleados que siempre habían sido trabajadores federales, b) trabajadores estatales cuyos salarios y prestaciones habían sido homologadas a los del gobierno federal, c) empleados estatales que no quisieron homologarse para no perder beneficios como los fondos de jubilación estatal y d) trabajadores temporales pagados con recursos locales cuyo número fue en aumento porque resultaban más económicos al no percibir las prestaciones que recibían los permanentes.

Además, como en la primera etapa descentralizadora, el gobierno federal siguió manteniendo el control de los recursos humanos pues aunque las entidades federativas pagaban los salarios directamente a los trabajadores, el presupuesto provenía etiquetado del nivel federal, la creación, promoción o modificación de puestos era atribución exclusiva del gobierno federal, así como la negociación de los aumentos salariales con el

⁴⁸ De 1982 a 1988 la participación del gasto en salud y seguridad social como proporción del PIB disminuyó de 2.5% a 1.3%. En este periodo el gasto en salud no sólo disminuye respecto al PIB, sino que su participación como proporción del financiamiento del sector público también desciende de 6.2% a 2.5% (Vásquez, *et. al.*, 1988 en López-Arellano y Blanco-Gil, 2001). En el periodo de 1989 a 1994 se observa un incremento mínimo del gasto público en salud, sin recuperar los niveles previos a 1982, representando para 1994 sólo el 1.7% del PIB. La irrupción de la crisis financiera de finales de 1994 vuelve a impactar negativamente el financiamiento del sector salud y para 1995-1996 se tienen los niveles más bajos de la década, López-Arellano y Blanco-Gil, *La polarización de la política de salud en México*, *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, 17 (1): 43-54, jan-fev, 2001.

⁴⁹ Antes de la descentralización, los empleados de la Secretaría de Salud federal gozaban de mejores salarios y prestaciones que los trabajadores del sector salud en los estados. Convertir a los empleados federales en estatales hubiera significado una reducción en sus percepciones y prestaciones y/o una pérdida de la categoría alcanzada durante la vida laboral. La solución fue incrementar los salarios y prestaciones de los trabajadores estatales al nivel de los federales, proceso conocido como homologación (Arjonilla, 2006).

⁵⁰ "En el proceso de descentralización los 121,100 trabajadores que tenían legalmente un carácter federal, pasaron a ser considerados trabajadores estatales. También se homologaron a los salarios de estos trabajadores federales 22,461 trabajadores de origen estatal" (Tamayo, 2001: 55).

sindicato (Homedes y Ugalde, 2008; Merino, 2003; De la Fuente, 2001; De Stefano, 2001; Abrantes, 2006; World Bank, 2006).

No sólo la escasa autonomía en el manejo de los recursos impidió que los estados pudieran llevar a cabo acciones que permitieran responder de manera más eficiente a las necesidades locales, según rezaba uno de los argumentos en favor de la descentralización, sino que el control vertical sobre los programas continuó siendo parte sustancial de la relación centro-periferia (World Bank, 2006: 91, 101).

Una investigación realizada en los servicios de salud del estado de Sonora reveló que las autoridades locales no gozaban de autonomía ni siquiera en programas prioritarios como vacunación, planificación familiar y salud reproductiva (Abrantes, 2006).

En Guanajuato dado que entre el 70% y el 80% de las transferencias federales se destinaban al pago de nómina y la mayor parte de los gastos de operación se usaban para cubrir los gastos generados por los programas verticales, es decir, programas diseñados desde el centro, la Secretaría de Salud estatal carecía de recursos para atender requerimientos locales (Arjonilla, 2006).

El CONASA, por ejemplo, instancia de enlace, coordinación y concertación entre el gobierno federal y los estados en la programación, presupuestación y evaluación de la salud pública en el proceso de federalización de los servicios (López-Bárcena y Real-Mata, 2001), desde la perspectiva de funcionarios estatales, en los hechos se instituyó en el mecanismo que servía para validar decisiones tomadas desde el centro con una óptica paternalista. En este sentido, para las autoridades estatales el proceso de descentralización no sólo les había transferido problemas para los que no tenían recursos con que hacer frente, sino que a pesar del discurso democratizador seguían resintiendo el control que la Secretaría de Salud federal ejercía sobre gran parte de los recursos humanos y financieros, así como la exclusión de que eran objeto en la discusión y toma de decisiones sobre lo que la descentralización debería de ser (Abrantes, 2006; Homedes y Ugalde, 2008; World Bank, 2006a:95,96).

En cuanto a la definición de un Paquete Básico de Servicios de Salud (PABSS) para atender a la población con limitado o nulo acceso a éstos, enmarcada en el Programa de

Ampliación de Cobertura (PAC),⁵¹ se señalaba que en consistencia con el proceso de descentralización dicha definición respondía a objetivos y a una normatividad clara para todo el país pero con una operación flexible a las necesidades locales ya que se podía agregar servicios si las entidades contaban con los recursos para hacerlo así siempre y cuando siguieran los protocolos establecidos por la federación (Arredondo, 2001; Homedes y Ugalde, 2008).

El objetivo planteado era lograr que toda la población del país tuviera acceso a un paquete básico de servicios de salud para el año 2000 (López-Bárcena y Real-Mata, 2001)⁵².

El paquete básico incorporaba, en este orden de ideas, doce intervenciones definidas por el gobierno federal que, dicho sea de paso, retomaban aquellas impulsadas a la par de la primera etapa descentralizadora, a saber: saneamiento básico en el hogar, planificación familiar, atención prenatal, del parto y el puerperio, nutrición y control del niño sano, inmunizaciones, manejo de la diarrea en el hogar, desparasitación, atención de infecciones respiratorias agudas, prevención y control de la tuberculosis, prevención y control de la hipertensión arterial y de la diabetes mellitus, prevención de accidentes y atención de lesiones y educación en salud a nivel comunitario (Frenk, *et. al.*, 2003). En 1998 se incorporó la prevención y control del cáncer cervicouterino (López-Arellano, Blanco-Gil, 2001).

Cabe destacar que la definición de las intervenciones del paquete básico también coincidía con los planteamientos emanados del Banco Mundial sobre las bondades de la

⁵¹ Las estrategias fundamentales de este programa eran: la ampliación funcional consistente en la rehabilitación y equipamiento de centros de salud, la contratación y capacitación de personal, la ampliación de horarios de atención en los centros de salud, la organización de los comités de salud y el abasto de cuadros básicos de medicamentos y equipo, la denominada ampliación geográfica instrumentada a partir de la construcción de centros de salud, la implantación de equipos de salud itinerantes, la dotación de equipos de radiocomunicación y la contratación de personal de salud. Su esquema de operación se basaba en dos modalidades de atención: a) centros de salud, a los cuales se les determinaba un área de influencia con las localidades más cercanas, y b) equipos de salud itinerantes integrados por un médico, una enfermera y un promotor de salud a los que se les asignaban rutas para visitar localidades de manera itinerante, cuando menos cada quince días, a las cuales confluía la población de las localidades cercanas, que en su conjunto integraban sus áreas de influencia (López-Bárcena y Real-Mata, 2001: 23, 24).

⁵² Cabe destacar que si el PABSS estaba diseñado para cubrir a más de diez millones de personas sin acceso permanente a los servicios de salud y estaba vinculado a los objetivos del "Programa para Superar la Pobreza 1995-2000" (López-Bárcena y Real-Mata, 2001; Arredondo, 2001), la estrategia de ampliación de cobertura pretendería coincidir con la iniciativa impulsada en el marco de la reforma a la Ley del Seguro Social sobre la eventual incorporación de los trabajadores independientes o del sector informal de la economía a los servicios médicos del IMSS mediante la afiliación al Seguro de Salud para la Familia (Frenk, *et. al.*, 1999).

focalización de recursos en acciones costo-efectivas y de alto impacto en las causas más frecuentes de morbi-mortalidad entre los grupos vulnerables.

Recordemos que en el Informe sobre el desarrollo mundial 1993 “Invertir en Salud”, elaborado por ese organismo financiero, se planteaba una reformulación de las políticas de salud sustentada en tres vertientes, en primer término se señalaba la necesidad de promover un ambiente económico que permitiera a los hogares mejorar su propia salud.

En segundo lugar, se buscaba el redireccionamiento del gasto público hacia acciones “costo-efectivas” como la vacunación, el control y tratamiento de enfermedades infecciosas en vez de destinar recursos a la atención médica especializada.

Y finalmente se proponía el fomento de mayor diversidad y competencia en la prestación de servicios de salud, mediante la descentralización de la atención pública, la promoción de prácticas competitivas y la incursión de organizaciones no gubernamentales e instituciones privadas, así como la regulación del mercado de seguros (Banco Mundial, 1993).

Así las cosas, se dice que a pesar de las acciones tomadas durante el gobierno de Zedillo en favor de la descentralización en materia de salud, ésta tuvo poco impacto en los objetivos perseguidos, entre ellos, la equidad.

Dado que el presupuesto federal no se incrementó lo suficiente para poder transferir fondos adicionales a los estados más pobres y que éstos siguieron sin tener capacidad recaudatoria, así como que los únicos recursos extra de los que podían echar mano eran las cuotas de recuperación, se dice que la inequidad interestatal aumentó (Frenk, *et. al.* 2004).

Respecto a la eficiencia en la aplicación de recursos, se dice que ésta se deterioró dada la tendencia a invertir “preferencialmente en atención hospitalaria en vez de atención primaria, y en las zonas urbanas en lugar de las rurales. En Guanajuato, entre 1998 y 2000, más de 60% de los fondos estatales para salud se invirtieron en hospitales de segundo y tercer nivel, aunque la atención primaria era prioritaria. Otros estados invirtieron en ésta pero algunos también fueron ineficientes. En Tamaulipas se siguieron construyendo centros de salud, aun sin tener el personal necesario para dar los servicios. Lo mismo sucedió en Baja California Sur.

[...] La pérdida de las economías de escala también contribuyó a disminuir la eficiencia del sector. Con la descentralización los estados se hicieron cargo de la compra de insumos y medicamentos a un precio superior al que anteriormente obtenían del nivel federal. En Nuevo León [por ejemplo] el 40% de los medicamentos se compraban en las farmacias privadas a precio de venta al público” (Homedes y Ugalde, 2011: 497).

De acuerdo con Nuria Homedes y Antonio Ugalde (2011), de los estudios de caso realizados en el marco de la segunda etapa descentralizadora en Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Nuevo León, Sonora y Tamaulipas se deriva que el “fracaso de la descentralización” responde a fallas de origen, de concepción, de un proyecto impuesto por agentes externos cuyos intereses no coincidían con las necesidades nacionales. A que la descentralización no fue un proceso incluyente sino vertical, totalmente centralizado en el que las autoridades federales no tomaron en consideración las diferencias y carencias estatales (recursos, capacidades, normatividad), lo que impidió promover políticas de distribución más equitativas y de protección a las poblaciones más vulnerables.

Incluso el Banco Mundial (2006:21) ha señalado respecto al proceso descentralizador promovido por Zedillo que una característica permanente de dicho proceso fue la falta de una estrategia clara porque aunque en teoría los estados y municipios gozaban de autonomía para formular sus presupuestos y gastar sus propios recursos como desearan, en la práctica la falta de autonomía sobre la recaudación y la preponderancia de subvenciones condicionadas y categóricas con altos niveles de micro gestión desde el nivel superior del gobierno hacían que México pareciera un estado centralizado llevando a cabo una desconcentración en lugar de la descentralización.

En este tenor, López-Arellano y Blanco-Gil (2001) resaltarán que durante el periodo de 1994-2000 la reestructuración del sector, especialmente la ampliación de cobertura con el paquete básico y la reorganización de los servicios y beneficios de la seguridad social, respondió a las políticas financiadas, dirigidas y condicionadas por los préstamos que el Banco Mundial y el BID otorgaron al gobierno mexicano.

Como señala Farfán (2010: 148, 154) la influencia de organismos internacionales comenzó a hacerse sentir alrededor de nuevos principios de política social en los que fue perfilándose la noción de una política de índole <<societal>>, es decir, dirigida a estratos sociales en contraposición a políticas universalistas. Asimismo afirma que no obstante el

importante peso de los fondos financieros para el desarrollo social que fueron descentralizados, la estrategia general de política social que se ha seguido en México a partir de los noventa no fue la descentralización en sí misma, sino la política de combate a la pobreza.

2.4 Reformas a la Ley del Seguro Social, 1995.

En medio de una grave crisis financiera y ante el socorrido argumento de la necesidad de fortalecer el ahorro interno a fin de reactivar la economía nacional y salvaguardarla de sus recurrentes altibajos, en diciembre de 1995 el Congreso de la Unión aprobó una serie de reformas a la Ley del Seguro Social, con lo que se ponía en marcha la reestructuración administrativa, financiera y organizacional de la institución más representativa de la seguridad social en el país, el IMSS.

En enero de 1995 Ernesto Zedillo encomendó, en el marco de la celebración de la 76a Asamblea General del IMSS, la realización de un diagnóstico que permitiera identificar los retos a los que se enfrentaba la institución. El resultado del análisis documentaba la inviabilidad financiera del instituto a mediano plazo, con lo que se justificaba lo que se denominó una reforma impostergable enfocada en fortalecer a una de las instituciones más importantes para el bienestar de los mexicanos.

El citado diagnóstico explicaba la crisis de la institución a partir de dos variables fundamentales: la transición demográfica y la transición epidemiológica. Además de apuntar a una serie de factores endógenos como coadyuvantes de su deterioro económico.

En cuanto a la transición demográfica se señalaba al envejecimiento de la población como factor determinante, pues se decía que la población mayor de 65 años, particularmente los pensionados, crecía más rápidamente que la población ocupada, es decir que los asalariados, sustento primigenio del instituto.

Respecto a la transición epidemiológica, como otra causa del desfinanciamiento del IMSS, se responsabilizaba al incremento en el costo de la atención médica generado a partir del tránsito de las enfermedades infecciosas a las crónico-degenerativas.⁵³

Sobre los factores endógenos el diagnóstico apuntaba hacia problemas de operación de los diferentes ramos de aseguramiento, así como de administración de diversas áreas del instituto.⁵⁴

Lo que no se señalaba era que durante el periodo de ajuste, los desequilibrios estructurales lejos de disminuir se acentuaron afectando de manera importante los pilares del financiamiento del IMSS: el empleo y los salarios.

Entre 1981 y 1994 el crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) del país tuvo una tasa media anual de 1.4%, presentando un mayor estancamiento de 1982 a 1989, período en el que esta tasa fue prácticamente nula. En tanto que el producto *per capita* en ese mismo lapso se redujo en casi 7%.⁵⁵

En 1987 la inflación alcanzó su valor más alto en la historia del país, 159.2%, debido a la transferencia de recursos al exterior que fue del 5% del PIB entre 1986 y 1988, así como

⁵³ Observando la composición de la plantilla de personal que integraba, en 1994, el sistema de servicios médicos se percibe que se privilegió la actividad adjetiva sobre la sustantiva del Seguro de Enfermedades y Maternidad pues de 230 mil trabajadores adscritos a dicho sistema, el 6.7% correspondía a la categoría de médico general, 6.6% eran especialistas, 33.4% enfermeras, 6.9% personal médico-directivo y 46.4% auxiliares y otras modalidades, por lo que no resulta sorprendente, en este sentido, explicar el diferimiento de pacientes entre los tres niveles de atención debido a la sobrecarga de trabajo en el área médica, principalmente entre el primer y segundo nivel.

Se supondría que el 85% de los problemas de salud se deberían resolver en el primer nivel y no solo el 70% como en realidad ocurría en el instituto, derivando el 15% restante al siguiente nivel saturando los hospitales generales e incrementando el costo de los servicios médicos.

Cabe destacar, en este orden de ideas, que para el año de referencia el gasto en el primer nivel representó el 26%, el del tercero el 20% mientras que el del segundo constituyó el 54% del gasto total del sistema, IMSS, Diagnóstico, marzo de 1995, México, pp. 42-48.

⁵⁴ Para el caso del Seguro de Enfermedades y Maternidad, la incorporación de diversos grupos poblacionales mediante los esquemas modificados respondió, más que a un afán por alcanzar el principio de universalidad de la atención, a la necesidad de legitimación del sistema político ya que dichos esquemas se utilizaron como instrumento amortiguador en épocas de crisis (como la incorporación en 1987 de los estudiantes universitarios al seguro facultativo, mediante el cual se les proporcionaba atención médica) lo que implicaba asumir un gasto no sustentado en las correspondientes fuentes de financiamiento. En este sentido, se señalaba que la operación de los esquemas modificados mediante los que se otorgaban servicios médicos al 17% de los derechohabientes sobre bases de financiamiento diferentes al régimen obligatorio habían representado una fuerte carga para el instituto arrojando un déficit, para 1994, de 954 millones de pesos, IMSS, Diagnóstico, marzo de 1995, México.

⁵⁵ PND 1989-1994, p. 9; PND 1995-2000, p. 131.

debido al deterioro de los términos de intercambio que afectaron la balanza de pagos y el tipo de cambio.⁵⁶

En este sentido, desde el inicio de su mandato, el presidente Carlos Salinas señalaba en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 1989-1994 que entre los efectos derivados de las desfavorables condiciones económicas observadas en el país durante la década de 1980, “el más preocupante fue la insuficiencia de empleos productivos y bien remunerados para una población en edad de trabajar en constante aumento, a lo que se sumó la pérdida del poder adquisitivo de los salarios”.

Ernesto Zedillo, de igual manera, reconocía en el PND 1995-2000 que “no se satisficieron las expectativas de crecimiento económico a que dio lugar el proceso de cambio estructural” y subrayaba que el desafío de México no era sólo reducir el desempleo abierto, sino mejorar la calidad del empleo mediante la generación de oportunidades de trabajo bien remunerado en el sector formal de la economía pues una gran cantidad de trabajadores laboraban con índices de productividad extremadamente bajos, sin un empleo estable, sin protección contra riesgos laborales y sin acceso a mecanismos formales para pensiones de retiro.⁵⁷

Durante el periodo de 1970 a 1981 la tasa de crecimiento promedio anual de empleo fue de 4.9% mientras que en el lapso de 1982 a 1992 fue tan sólo de 0.7% (Dussel, 1995: 162).

Mientras que de 1970 a 1981 la ocupación se elevó en 711 mil personas por año, de 1982 a 1993 aumentó sólo en 182 mil personas por año, lo que significa que la desocupación creció durante el ajuste estructural (Valenzuela, 1995: 12).

Asimismo, la población que por su edad puede trabajar pero no lo hace se elevó en casi diez millones de personas durante la década de 1980-1990. Esta parte de la población que equivalía a un 38% del total de la población en edad de trabajar en 1980 llegó a ser prácticamente el 50% de ésta según el censo de 1990 (Valenzuela, 1995: 13).

En este sentido, la reducción en la correspondencia entre el número de trabajadores activos, cotizantes al IMSS, y el número de pensionados se puede explicar a partir de la insuficiente generación de fuentes de empleo requeridas en el sector formal de la

⁵⁶ PND 1989-1994, p. 10; Nacional Financiera (NAFINSA), *La economía mexicana en cifras*, 1995.

⁵⁷ PND 1995-2000, pp. 76, 130.

economía para integrar a la población económicamente activa al mercado laboral y como consecuencia al régimen obligatorio del seguro social.

Asimismo durante el ajuste estructural, gracias a la instrumentación de topes y congelamientos a las percepciones de los trabajadores como mecanismo de contención inflacionaria, el salario real experimentó una progresiva depreciación.

Su evolución fue significativamente más favorable durante la década de los setenta que durante la de los ochenta y la subsecuente, sufriendo una grave debacle a partir de 1983. Entre 1970 y 1982 el salario mínimo real fluctuó (pesos diarios) entre un mínimo de 30.6 y un máximo de 42.4. Mientras que de 1983 a 1999 cayó constantemente de 26.1 a 11.0 (Herrera, 2000).

Durante el periodo de 1983 a 1994 la depreciación salarial causó al instituto una pérdida acumulada de ingresos equivalente a 5.4 veces su presupuesto total en 1994, lo que correspondió a unos 215 mil millones de pesos (Laurell, 1997).

El financiamiento del IMSS, en este sentido, al estar sustentado primordialmente en un sistema de contribuciones proporcionales sobre nómina resintió los efectos de la evolución adversa del empleo y los salarios.

Además del castigo impuesto al IMSS debido a la evolución adversa de su fuente primigenia de financiamiento, “el gasto en salud per capita cayó en un 50%, en términos reales, entre 1983 y 1988, tanto en las instituciones de seguridad social como en las de población abierta, para luego recuperarse lentamente pero sin alcanzar su nivel de 1982”. Asimismo, la aportación del gobierno federal a la seguridad social disminuyó de 13.5% a 5.5% entre 1982 y 1993 (Laurell, 1997: 27, 30).

En este orden de ideas, se puede decir que el origen de los problemas económicos del instituto se halla en el empobrecimiento de las aportaciones para su financiamiento derivado, por un lado, de la insulsa creación de fuentes de empleo, así como de las medidas de contención salarial. Y por el otro, de las políticas de reducción del gasto público en salud y seguridad social. Lo que en los hechos sirvió para justificar las reformas al IMSS.

El diagnóstico institucional, en este tenor, se presentó como el prólogo a “la crónica de una reforma anunciada”:

- **Enero de 1995**, el Presidente de la República encarga la realización del Diagnóstico del IMSS
- **Febrero de 1995**, Ernesto Zedillo anuncia la reforma al régimen de pensiones en el contexto de la presentación, en enero de ese año, del Acuerdo de Unidad para Superar la Emergencia Económica (AUSEE) y de la puesta en marcha, en marzo de 1995, del Programa de Acción para Reforzar el Acuerdo de Unidad para Superar la Emergencia Económica (PARAUSEE)
- **Marzo de 1995**, el Director general del IMSS, Genaro Borrego, da a conocer el citado Diagnóstico
- **1o de noviembre de 1995**, los líderes de las cúpulas empresarial y sindical -Héctor Larios, del Consejo Coordinador Empresarial, Rafael Rivapalacio, del Consejo del Trabajo y Fidel Velázquez, de la Confederación de Trabajadores de México- entregan al titular del ejecutivo federal, en los Pinos, una “Propuesta Obrero-Empresarial de Alianza para el Fortalecimiento y Modernización de la Seguridad Social”
- **Del 2 al 8 de noviembre de 1995**, un equipo de Presidencia de la República analiza y redacta la iniciativa de reforma a la Ley del Seguro Social
- **9 de noviembre de 1995**, se envía al Congreso de la Unión la referida iniciativa de ley⁵⁸
- **12 de diciembre de 1995**, se aprueban las reformas a la Ley del Seguro Social
- **1o de julio de 1997**, entra en vigor la nueva ley

⁵⁸ Carlos Acosta, “El único ahorro que hay en México es el de las jubilaciones y pensiones, al que le echaron el ojo para un nuevo ensayo económico”: Antonio Rosado, del sindicato del IMSS, *Proceso*, Semanario de Información y Análisis No. 992, México, 6 de noviembre de 1995, pp. 12-16; Acosta Carlos y Corro Salvador, “Celeridad en la Iniciativa de Ley del IMSS, que lo inclina más a las privatizaciones y lo convierte en factor de crecimiento económico”, *Proceso*, Semanario de Información y Análisis, No. 993, México, 13 de noviembre de 1995.

No obstante, el fin último de la llamada reforma impostergable quedó claramente expuesto en Nueva York, ante el National Foreign Trade Council, un año después de su aprobación en la Cámara de Diputados, el 9 de diciembre de 1996:

“Esta reforma [señaló el jefe del ejecutivo] tiene tres objetivos: la expansión del ahorro, un mayor desarrollo de nuestros mercados financieros y constituir una fuente amplia y permanente de capital de largo plazo”.⁵⁹

No debemos olvidar que si bien es cierto que la reforma tenía entre sus componentes principales la reestructuración del sistema de pensiones cuya meta era lograr el tránsito de un modelo de reparto a otro de capitalización individual, en el que el sistema financiero adquiriría un papel protagónico en la administración e inversión de los fondos para el retiro de millones de trabajadores. La reforma también consideraba una serie de cambios que perseguían, según el discurso oficial, el fortalecimiento de los mecanismos de financiamiento de cada seguro de tal manera que no se tuvieran que gravar más las aportaciones sobre nómina, en un afán por proteger la competitividad de las empresas en un marco de apertura comercial.⁶⁰ Asimismo, se buscaba la separación *de facto* de cada uno de los ramos de aseguramiento a fin de, según se decía, asegurar su autosuficiencia.⁶¹ De igual manera, se pretendía reorganizar administrativamente al instituto a fin de impulsar su “reestructuración corporativa”.

No es casual, en este sentido, y en concordancia con el movimiento detonado por el Informe sobre el desarrollo mundial 1993 “Invertir en Salud” del Banco Mundial, que para emprender la reforma del IMSS se haya recurrido al apoyo técnico y financiero de ese organismo multilateral.

⁵⁹ Carlos Acosta, “En el olvido, la promesa oficial de pensión digna para los jubilados”, *Proceso*, Semanario de Información y Análisis No. 1053, México, 5 de enero de 1997, p. 12.

⁶⁰ La introducción de “una nueva estructura de cuotas donde los trabajadores y patrones pagan menos porque el Estado aporta mayores recursos” se decía que favorecería el empleo al reducir la carga en nómina de la seguridad social a las empresas e incentivaría la productividad y la competitividad de las mismas, lo que se debía a que se ampliaba el financiamiento basado en fondos generales, IMSS, Seguridad y Solidaridad Social. *Contenido de la nueva Ley del IMSS, una breve guía*. Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente, IMSS, México, pp. 7, 10; IMSS, Seguridad y Solidaridad Social. *Hacia la instrumentación de la nueva Ley del Seguro Social*. Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente, IMSS, México, p. 14; IMSS, Seguridad y Solidaridad Social. *Hacia el Fortalecimiento y Modernización de la Seguridad Social*, IMSS, México, p. 65.

⁶¹ Una de las razones esbozadas para introducir una nueva estructura de cuotas para financiar el Seguro de Enfermedades y Maternidad, por ejemplo, fue el argumento del déficit financiero que este ramo presentaba y que había sido cubierto con recursos de las aportaciones hechas al Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte, así como al de Guarderías.

Con el argumento de la necesidad de canalizar recursos complementarios “para financiar el fortalecimiento y la reforma interna del Instituto, y de manera especial el Programa de Inversiones de la Institución en la necesaria construcción y terminación de hospitales, clínicas y renovación de equipo”⁶² se gestionó un crédito ante el Banco Mundial.

El préstamo por 700 millones de dólares más allá de destinarse a concluir la construcción, detenida desde 1986, de “un buen número de hospitales” como asegurara el Director General del IMSS tenía como propósito apoyar la reforma de la seguridad social en México, como quedó manifiesto en el documento denominado Mexico Health System Reform-IMSS, fechado en marzo de 1998, donde el Banco Mundial afirmó que también apoyaría “una reforma del ISSSTE y otras instituciones de seguridad social”.⁶³

En este sentido, especialistas del Banco Mundial y del seguro social elaboraron un “Proyecto de Reforma del IMSS”, contemplado para instrumentarse en un plazo de 3 años a partir de 1998, que sirvió de base para la negociación del crédito.

Dicho proyecto estaba estructurado con base en dos subproyectos integrados, a su vez, por cinco componentes:

- Médico-Financiero
 - Componente de política financiera
 - Componente de cambio estructural
 - Componente de fortalecimiento de las unidades médicas
- Asistencia Técnica
 - Componente de apoyo técnico
 - Componente de capacitación

⁶² Consejo Técnico del IMSS, Proceso, Semanario de Información y Análisis, No. 1118, 5 de abril de 1998, p. 27.

⁶³ Carlos Acosta y Guillermo Correa, “Genaro Borrego lo niega todo, El documento en inglés del Banco Mundial con disposiciones distintas a la versión en español reafirma la privatización de los servicios del IMSS”, Proceso, Semanario de Información y Análisis, No. 1118, México, 5 de abril de 1998.

La distribución del costo del proyecto, calculado en millones de dólares, era la siguiente:

Subproyecto	Total
1. Médico-Financiero	594.70
2. Asistencia Técnica	41.67
Costo Total de Base	636.37
Costo de Contingencias de Precio	63.63
Total del Proyecto	700.00

Fuente: IMSS/BM, Proyecto de Reforma del IMSS, enero de 1998.

Entre los aspectos fundamentales que integraban el primer subproyecto destacaban los siguientes: la remoción de la burocracia innecesaria con el fin de incrementar la eficiencia, la introducción gradual de competencia entre los proveedores de servicios de salud dentro y fuera del IMSS; la separación clara entre el financiamiento y la provisión de servicios, así como la desconcentración de la responsabilidad desde el centro hacia el nivel en donde la gestión pudiera responder adecuadamente a las necesidades de los consumidores.

Para ello, el documento señalaba que se impulsaría la reestructuración corporativa del instituto en la que, entre otras cosas, las zonas médicas serían unidades médicas con presupuesto autónomo y competirían entre ellas por la adscripción de derechohabientes. Esa reestructuración se consideraba un punto neurálgico en el proceso de la reforma pues se tenía que elaborar un nuevo modelo corporativo que se anticipara a los cambios que en materia de servicios de salud se esperaban en el corto plazo en México como consecuencia de la apertura del mercado nacional de salud.⁶⁴

Asimismo, el proyecto de reforma introducía las figuras de las Organizaciones Administradoras de los Servicios de Atención a la Salud (OASAS) y lo que denominaron Proveedores de Servicios de Salud, que podrían ser médicos en lo individual o empresas dedicadas a la medicina. De igual manera, en los anexos del documento elaborado por el IMSS y el Banco Mundial se detallaban los términos de referencia para preparar los contratos entre las OASAS y los proveedores, y entre estos mismos.

⁶⁴ Durante la presidencia de Carlos Salinas de Gortari, el hecho de mayor trascendencia en términos de su impacto en el sector salud de Sonora fue la puesta en marcha del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, en enero de 1994, que facilitó la inversión en México para proveedores de seguros médicos, compañías de atención médica y cadenas hospitalarias privadas de Estados Unidos y Canadá (Abrantes, 2006: 193).

Es claro que el proyecto IMSS/BM parecía no pasar por alto la posibilidad abierta dentro del Seguro de Enfermedades y Maternidad sobre la contratación de servicios médicos privados bajo el amparo de la figura de reversión de cuotas que, si bien es cierto había sido incorporada ya en la Ley del Seguro Social de 1973, tomaba mayor relevancia en el contexto de apertura económica promovido por el ajuste estructural.

La reorganización administrativa del instituto, dirigida a apoyar su “reestructuración corporativa”, se sustentaba, a tono con uno de los pilares del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, en la “descentralización” así como en la reorientación funcional de la institución mediante una nueva cultura laboral tendiente a una “administración con responsabilidad compartida” que implicaba, según se decía, “el logro de mayores beneficios y menores riesgos y desperdicios en la prestación de servicios” (Gutierrez, 1997: 121).

En cuanto al proceso de “descentralización” en 1995 se crearon siete Direcciones Regionales, con sus respectivos Consejos Consultivos (integrados por los sectores obrero, patronal y gubernamental), que tenían a su cargo las 36 Delegaciones distribuidas a lo largo del país.

Se sustituyeron las Subdirecciones Generales por seis Direcciones Normativas: las de Prestaciones Médicas, Prestaciones Económicas y Sociales, Afiliación y Cobranzas, Finanzas y Sistemas, la Administrativa y la Jurídica.

La Dirección a nivel central consolidaba su carácter normativo y planificador apoyándose en las Direcciones Normativas y delegando la toma de decisiones operativas a las Direcciones Regionales.

En cuanto a los cambios que se referían a una nueva cultura laboral, se hacían planteamientos en el sentido de adecuar el ingreso del personal médico de tal manera que su remuneración integrara a su salario base un conjunto de bonos y/o incentivos que reflejaran la demanda de sus servicios, es decir, se implementaría la “remuneración en función del desempeño”, lo cual presupondría la libre elección del médico por parte del paciente (Gutierrez, 1997: 126). Cabe destacar que este esquema se refería a los médicos del primer nivel que, en el marco de la reforma del sector salud, se planteaba junto con la atención preventiva como eje del sistema.

El proceso de cambio iniciado desde 1982 en el marco de la “reforma del Estado” y que para el caso de los servicios públicos de salud se denominó “cambio estructural en salud” se pretendió consolidar e intensificar no sólo con la formulación del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, sino también con las reformas hechas en 1995 a la Ley del Seguro Social.

El papel de la principal institución de seguridad social en el país, en este contexto, se pretendía modificar en el marco de la introducción de un modelo que “busca una integración horizontal progresiva de las poblaciones heterogéneas en un sistema pluralista organizado por funciones” (Londoño y Frenk, 1997: 343), como supuesta alternativa a la composición corporativista de la institucionalización del sistema de salud (Martínez, 1997) que refleja y reproduce la desigualdad social, debido a la heterogeneidad de las instituciones de atención que han respondido a las necesidades de los diferentes grupos sociales de manera fragmentada (Frenk, *et.al.*,1999 en Solís y Villagómez, 1999; Frenk y Gómez-Dantés, 2008).

2.5 Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)

Como se ha señalado anteriormente, la propuesta de conformación de un “sistema pluralista organizado por funciones” coincidía con la tendencia mundial de reforma en salud de principios de la década de 1990, alentada por el Banco Mundial y que perseguía la separación del financiamiento de la prestación de servicios para estimular la competencia y la rendición de cuentas; la evaluación de las intervenciones de salud con el objetivo de conformar paquetes de prestaciones costo-efectivas; programas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y el mayor involucramiento de los ciudadanos en el cuidado de su salud (Frenk y Gómez-Dantés, 2008; Frenk, *et. al.*, 2003).

En este contexto, los promotores de este “sistema pluralista” proponían la reorganización del sistema nacional de salud desde un “enfoque horizontal” centrado en las funciones de rectoría, financiamiento y prestación en contraste, decían, con el arreglo vertical tradicional definido a partir de grupos sociales. La rectoría quedaría en manos de la Secretaría de Salud cuyas responsabilidades consistirían en coordinar, vigilar y regular el sistema, así como la provisión de servicios no personales (salud pública). El financiamiento derivaría del aseguramiento universal en salud y la prestación de servicios quedaría a cargo de una pluralidad de instituciones tanto públicas como privadas (Frenk, *et. al.*, 2003).

Axiomáticamente se enfatizaba que la separación del financiamiento y la prestación de servicios constituía un factor decisivo para incrementar la calidad, atenuar la inequidad y aumentar la eficiencia del sistema. Se señalaba, sin embargo, que para asegurar un sistema nacional de salud equitativo, de calidad y eficiente se debía promover la creación de un seguro nacional de salud de carácter universal mediante la fusión de la asignación de recursos financieros entre instituciones.

Asimismo, se estimaba que la prestación plural, pública y privada, de servicios era un importante insumo para la creación del seguro nacional de salud. Se consideraba a la prestación plural una herramienta poderosa que junto con la separación de la prestación de servicios del financiamiento de los mismos habrían de dar un empujón decisivo a la eficiencia y la competitividad del sector salud pero también a la equidad y calidad de la prestación de los servicios (Soberón y Valdés, 2007: S6).

En resumen, la meta consistía de acuerdo con los artífices del “sistema pluralista” en vincular a la salud con el desarrollo económico, consolidar un sistema universal de salud y

organizarlo de acuerdo con funciones y no con grupos sociales, promover la prestación plural de servicios y mejorar su rendimiento mediante la definición explícita de prioridades. Se trataba, en suma, de extender la reforma del Estado al ámbito de la salud (Frenk, *et. al.* 1994).

En este orden de ideas y postulando a “los gastos catastróficos y a los gastos empobrecedores”,⁶⁵ derivados del “gasto de bolsillo”,⁶⁶ como justificación para la reforma en ciernes, promovida desde mediados de la década de los noventa por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), se definió en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 la protección financiera en salud⁶⁷ como uno de los objetivos acordes con la tan pretendida reorganización horizontal del sistema, de tal suerte que en abril de 2003, se reformó la Ley General de Salud para introducir lo que se denominó Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) como mecanismo, según se decía, de aseguramiento universal en salud para todos aquellos excluidos de la seguridad social. Asimismo, se creó el Seguro Popular como “brazo operativo” de dicho sistema en la vertiente de financiamiento de servicios de salud a la persona, fondeado de manera tripartita por el gobierno federal, los gobiernos estatales y los afiliados al seguro de acuerdo con su capacidad de pago.

Así las cosas, se señalaba que la intención de la reforma consistía en convertir el aseguramiento en una herramienta no sólo para la protección financiera en salud sino también como incentivo para estimular una mayor eficiencia, calidad técnica y responsabilidad con los usuarios (Frenk, *et. al.*, 2003: 1671).

El cambio, se decía, se aprovecharía para homologar financieramente a los “tres pilares del sector”: el IMSS, el ISSSTE y el SPSS, lo que crearía las condiciones para avanzar hacia la universalización del sistema nacional de salud, lo que a su vez permitiría superar su tradicional segmentación (Soberón en Frenk y Gómez-Dantés, 2008).

⁶⁵ “Los gastos catastróficos son aquellos que rebasan el 30 por ciento de la capacidad de pago del hogar, que a su vez se define como el ingreso disponible una vez que se descuentan los gastos en alimentación. Los gastos empobrecedores son aquellos que, independientemente de su magnitud, empujan a los hogares por debajo de la línea de pobreza o empobrecen todavía más a los hogares que viven en tales condiciones” (Frenk y Gómez-Dantés, 2008:63).

⁶⁶ “Los gastos que se hacen en el momento de utilización de los servicios de salud” (Frenk y Gómez-Dantés, 2008:63).

⁶⁷ Se utiliza para referirse a la protección contra las consecuencias financieras negativas derivadas del cuidado de la salud (Frenk, *et.al.* 2003).

Cabe destacar que la creación del SPSS, así como todos los cambios proyectados para el sector emanaban de la propuesta de reforma auspiciada por el Banco Mundial y diseñada por Julio Frenk y Juan Luis Londoño para América Latina con el nombre de “pluralismo estructurado”, del cual se afirmaba pretendía “compensar las desventajas de los sistemas segmentados” de tal manera que en lugar de la integración vertical con segregación de los grupos sociales, la población estuviera integrada de manera horizontal y la asignación de funciones fuera explícita y especializada, es decir, el sistema de salud debería estar organizado por funciones y no por grupos (Londoño y Frenk, 1997).

Dichas funciones, de acuerdo con el modelo propuesto por Frenk y Londoño, se referían a la modulación, el financiamiento, la articulación y la prestación de servicios. De la modulación se decía que se convertiría en “la misión principal del ministerio de salud en su carácter de entidad responsable de dar una dirección estratégica al sistema en su conjunto. En lugar de ser un oferente más de servicios, [...] el ministerio de salud aseguraría una interacción equilibrada, eficiente y equitativa entre todos los actores mediante la estructuración de reglas e incentivos adecuados”.

Respecto al financiamiento se señalaba que “se convertiría en la responsabilidad central de la seguridad social, y se ampliaría gradualmente con objeto de alcanzar una protección universal guiada por principios de finanzas públicas [en donde] los subsidios estarían orientados más a la demanda que a la oferta. En lugar de asignar un presupuesto histórico a cada unidad de servicios independientemente de su desempeño, cada persona asegurada representaría un pago potencial dependiente de la elección del prestador por el consumidor”.

Dicho pago potencial “se convertiría en un elemento clave de la función de articulación, que [...] se volvería explícita y sería responsabilidad de instituciones especializadas. Éstas [se sugería] podrían recibir el nombre genérico de organizaciones administradoras de servicios integrales de salud (OASIS)”.

La prestación de servicios, en este orden de ideas, “quedaría abierta a todo un conjunto plural de instituciones, tanto públicas como privadas” (Frenk, *et. al.* en Solís y Villagómez, 1999: 90-92).

Así las cosas y a pesar del énfasis puesto en la reorganización sistémica a partir de funciones en contraposición a los arreglos vinculados a grupos sociales, el “modelo pluralista” consideraba una cobertura en salud diferenciada precisamente para tres

grupos sociales: a) el de extrema pobreza, b) el sector informal que vive en pobreza y c) el sector formal.

Para el grupo en extrema pobreza se proponía la formulación de un paquete de intervenciones esenciales que de acuerdo con los análisis de costo-efectividad se consideraran como las mejores inversiones para la salud. Para el segundo grupo que por lo regular cuenta con acceso parcial a los servicios “la prescripción fundamental [...] sería la ampliación de la seguridad social con un paquete explícito de beneficios, mismos que serían financiados mediante esquemas de prepago y subsidios orientados a la demanda según el ingreso de los hogares”.

Respecto del tercer grupo se decía que, dado que gozan de servicios integrales con una protección financiera gracias a la seguridad social, presentaba las condiciones propicias “para instrumentar de lleno la competencia estructurada [...] variante más desarrollada del pluralismo estructurado [en la que] sería posible alcanzar una especialización plena de funciones entre los agentes, y las poblaciones integradas horizontalmente podrían guiar la competencia entre las OASIS y los oferentes al ejercer su libertad de elección.

“[...] En el caso de los tres grupos de población, el carácter público del financiamiento constituye una característica central del pluralismo estructurado. En el grupo más pobre, éste adopta la forma de subsidios; en los otros dos grupos, adopta la forma de contribuciones obligatorias que anticipan episodios de enfermedad” (Frenk, *et. al.* en Solís y Villagómez, 1999: 94-96).

En este tenor, el esquema delineado por el “pluralismo estructurado” se debe contextualizar en el marco de las denominadas “reformas de mercado”⁶⁸ que parten de la idea de que “la salud se debe analizar como un bien económico”.

En este orden de ideas, se señalaba que “uno de los aspectos más importantes de la realimentación positiva entre economía y salud es el desarrollo de una industria de la salud. A diferencia de otros productos, los servicios de salud tienen una naturaleza dual: por una parte, constituyen un componente fundamental del desarrollo y el bienestar social; por la otra, forman un creciente sector de la actividad económica. [...] El

⁶⁸ “Las reformas de mercado pretenden, en todos los casos, introducir una presión competitiva en el interior de los servicios públicos de salud. Dicha presión puede significar la competencia interna del sector público o incluyendo al sector privado. La competencia puede limitarse a los oferentes, incluir a los organismos administradores o “articuladores” o bien extenderse al financiamiento por medio de los fondos de seguros” (Mills, 1997 en Frenk, *et. al.* en Solís y Villagómez, 1999:82).

financiamiento y la prestación de servicios se han convertido en un dinámico sector de todas las economías modernas. En efecto, este sector representa una de las principales fuentes de empleo, un generador de demanda por insumos de todo tipo y un motor para la innovación tecnológica, constituyendo así lo que se ha dado en llamar el <<complejo médico-industrial>>” (Frenk, *et. al.* en Solís y Villagómez, 1999: 40, 42).

No obstante, el Seguro Popular, ponderaban sus promotores, respondía a la necesidad de corregir las deficiencias vinculadas a la provisión asistencialista⁶⁹ de servicios de salud por parte del Estado, así como a enmendar los desequilibrios financieros del sistema.

Se decía que a partir de la creación del SPSS México se convertiría “por fin en un país de derechohabientes, esto es, un país con un sistema realmente universal de protección social en salud” (Frenk y Gómez-Dantés, 2008:29).

Cabe destacar, sin embargo, que el Seguro Popular garantizaba al inicio de su gestión 255 intervenciones esenciales y 18 de alto costo.⁷⁰ Intervenciones que, a pesar del carácter asistencialista con que habían etiquetado los promotores del aseguramiento popular universal a los servicios de salud brindados por la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud y el IMSS-Oportunidades, eran provistas precisamente por estas instituciones a los afiliados al Seguro Popular.⁷¹

Así las cosas, se puede afirmar que la creación del Seguro Popular forma parte de la reconfiguración del sector iniciada a principios de la década de los ochenta con el intento precoz de descentralización y continuada en el decenio siguiente con la reforma a la Ley del Seguro Social y con la segunda etapa descentralizadora.

El SPSS, en ese tenor, como derivado de la propuesta de reforma auspiciada por el Banco Mundial para América Latina, diseñada por Frenk y Londoño, y promovida en

⁶⁹ De acuerdo con Julio Frenk, ex Secretario de Salud durante el gobierno de Vicente Fox, hasta 2003 la población abierta, es decir, la población sin seguridad social “recibía servicios de salud sobre una base asistencial, es decir, no como un derecho ciudadano [...] sino como un apoyo del Estado a los hogares que vivían en condiciones de pobreza o aislamiento social incapaces de cubrir sus necesidades básicas” (Frenk y Gómez-Dantés, 2008:53).

⁷⁰ En la actualidad el Seguro Popular contempla 284 intervenciones esenciales y 57 de alto costo, Cfr. Secretaría de Salud-Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES 2012, México, Secretaría de Salud, 2012.

⁷¹ Los servicios básicos ambulatorios y hospitalarios para los afiliados al Seguro Popular los proveen los Servicios Estatales de Salud y las unidades del IMSS-Oportunidades, mientras que los servicios de alta especialidad se prestan sobre todo en los hospitales regionales de especialidades y los institutos nacionales de salud de la Secretaría de Salud (Frenk y Gómez-Dantés, 2008:29, 53, 55).

México desde FUNSALUD y como herramienta de “aseguramiento universal en salud” respondía a la intención de fusionar la asignación de recursos financieros entre las instituciones integrantes del sector a fin de constituir un organismo financiador único que distribuyera dichos recursos entre los proveedores públicos y privados de servicios de acuerdo con una lógica de mercado (que responde a la demanda y promueve la competencia entre ellos) y a partir de la definición *per capita* del financiamiento con base en un paquete explícito de prestaciones. El financiamiento dentro de este sistema, cabe destacar, tendría que ser de carácter público.

El Seguro Popular, en este orden de ideas, correspondía al esquema de cobertura de salud diferenciada propuesto por el “modelo pluralista” para la población del sector informal de la economía, es decir, el esquema en el que se perseguía la ampliación de la “seguridad social” con un paquete explícito de beneficios, en este caso las intervenciones comprendidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), mismos que deberían ser financiados mediante un sistema de prepago y subsidios orientados a la demanda según la solvencia económica de las familias.

En este sentido se observa que a pesar de que, en teoría, el “pluralismo estructurado” perseguía superar la “tradicional segmentación del sistema”, en los hechos creó una nueva parcela compuesta por los beneficiarios del Seguro Popular de quienes se dice ocupan una posición privilegiada en comparación con el resto de la población no asegurada, dado que los nuevos recursos están principalmente dirigidos a su atención mientras que las personas no afiliadas que recurren a las mismas unidades de salud tienen que pagar por los servicios que reciben y por los medicamentos que necesitan (Laurell, 2007: 533; Banco Mundial, 2006a:100).

De igual manera, se apunta que el Seguro Popular surgió como un programa vertical a contrapelo del proceso descentralizador dado que, una vez incorporadas al sistema, las entidades federativas tienen que seguir las normas definidas desde el centro. Asimismo, las familias afiliadas —excepto aquellas cuyos ingresos se encuentran en los dos deciles más bajos— al pagar una póliza al sistema quedan exentas de cubrir las cuotas de recuperación cuando reciben los servicios, así al dejar de percibir esos ingresos, los servicios estatales de salud pierden una fuente importante de recursos de la cual tenían antes un control completo.

En ese sentido, se dice que el concepto de descentralización queda muy desvirtuado. Si se tiene en cuenta que la atención médica constituye el núcleo básico de las actividades de las secretarías estatales y que varios de los programas de salud pública siguen siendo verticales, se entiende que la aplicación del Seguro Popular lleve, de hecho, a una centralización del sector de la salud (Homedes y Ugalde, 2005: 217).

Asimismo, se dice que al promover “que los estados contraten en el sector privado servicios médicos cubiertos por el Seguro Popular y que los beneficiarios de ese seguro puedan acceder a los proveedores de salud que deseen, ya sean del sector privado o del público [...] se está promoviendo el pluralismo estructurado o la competencia regulada de los servicios de salud” (Homedes y Ugalde, 2005: 217), por lo que se afirma que la reforma que introdujo al Seguro Popular en el sector salud es un segundo intento de imponer un modelo que corresponde al proyecto neoconservador para México (Laurell, 2007:533).

2.6 Integración del Sistema Nacional de Salud

A pesar de que para muchos el “pluralismo estructurado” es un modelo que no tuvo el eco suficiente como para establecerse en nuestro país de tajo, a diferencia de otras naciones como Colombia,⁷² es claro que los creadores de ese esquema no han cesado en el intento de seguir promoviéndolo como la solución a la problemática del sector salud en México.

Para Julio Frenk, artífice y promotor de dicho modelo y del SPSS, “es necesario transformar la arquitectura del sistema de salud para garantizar el uso ordenado de los recursos disponibles. [Considerando que] el sistema mexicano de salud cuenta con tres pilares institucionales en materia de aseguramiento en salud: el Seguro de enfermedades y maternidad del IMSS para los trabajadores asalariados de las empresas privadas y sus familiares; el Seguro de salud del ISSSTE para los empleados de las instituciones públicas y sus familiares, y el SPS para los trabajadores no asalariados, los desempleados y sus familiares. La visión a futuro es crear un Seguro Universal de Salud (Susalud) que garantice protección social en salud a todas las familias mexicanas e integre los tres pilares institucionales existentes. Para dar origen al Susalud es indispensable reconfigurar el sistema de salud integrando horizontalmente las principales funciones [...]. La idea es contar con una estructura financiera única. Esto implica integrar el financiamiento de los tres pilares institucionales existentes en uno solo (el Instituto del Seguro Universal de Salud). La prestación de servicios de salud sería plural, y comprendería los servicios ambulatorios y hospitalarios del IMSS, ISSSTE, Sesa y hospitales federales, entre otros. La rectoría quedaría en manos de la SS. Esta configuración sería más equitativa porque garantizaría un paquete de servicios común para todos los mexicanos y eliminaría el problema de la portabilidad de los beneficios entre instituciones” (Frenk y Gómez-Dantés, 2008:90).

En este sentido, así como durante el gobierno de Vicente Fox se introdujo el Seguro Popular como “mecanismo de aseguramiento universal” (donde la universalidad está delimitada por un paquete de servicios esenciales) y con la intención de llegar a fusionar las diversas fuentes de financiamiento público de los servicios de salud. Durante la administración de Felipe Calderón, además de dar continuidad al “aseguramiento médico

⁷² Cfr. Ley 100 de 1993 por la que se crea el Sistema de Seguridad Social Integral de Colombia.

universal”⁷³, se estableció la estrategia, dentro del mismo contexto, “de avanzar en la construcción de un sistema integrado de salud para facilitar la portabilidad [geográfica e institucional] de los derechos a la atención médica” (PND 2007-2012: 172).

Así las cosas y en concordancia con la idea de que “el pluralismo estructurado evita la segregación [del sistema de salud] fortaleciendo deliberadamente la movilidad de todos los grupos sociales entre las diversas soluciones institucionales [y] mantiene [dicha] movilidad [...] a medida que éstos convergen hacia una cobertura integral acompañada de protección financiera y libertad de elección” (Frenk, *et. al.* en Solís y Villagómez, 1999: 94, 96), la Secretaría de Salud ha desarrollado una serie de instrumentos encaminados “hacia la integración del Sistema Nacional de Salud” de los cuales se dice están diseñados para favorecer el uso eficiente de recursos y tienen como “sustento conceptual” la portabilidad⁷⁴ y la convergencia⁷⁵ (SSa, 2010: 29).

Como punto de partida de la propuesta integradora nuevamente se recurre al argumento de la segmentación sistémica para introducir una serie de elementos encaminados a acompañar la reforma de 2003 que introdujo al SPSS.

En este sentido se ha señalado, por ejemplo, que “el actual esquema fragmentado de prestación de servicios y la condición de derechohabiente no genera incentivos para la mejora proactiva de la calidad de la atención, dada la nula competencia existente entre los proveedores públicos”, asimismo, se remarca que “cada institución, al ejercer sus recursos de manera independiente incurre en costos administrativos y duplicidades que bien podrían acotarse (SIC) bajo un diseño financiero diferente del sistema de salud” (SSa, 2010: 20,16).

⁷³ Objetivo 7 Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal, del Eje 3. Igualdad de oportunidades, Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, Presidencia de la República, Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012, México, 2007, p. 171-173.

⁷⁴ De acuerdo con el documento denominado “México: Hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud”, “la portabilidad se orienta a ofrecer a los usuarios de los servicios de salud el acceso a la atención médica en cualquiera de las instituciones que integran el Sector Salud, sin restricción geográfica y/o derechohabiente”, Secretaría de Salud, “México: Hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud”, México, 2010, p. 41.

⁷⁵ De acuerdo con el documento denominado “México: Hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud”, la finalidad de la convergencia “es garantizar una coordinación en el uso compartido de recursos, reducir costos administrativos y permitir al usuario acceder a prestaciones de servicios médicos completos en las instituciones que integran el sector”, Secretaría de Salud, “México: Hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud”, México, 2010, p. 47.

En este orden de ideas se dice que la iniciativa persigue, a mediano plazo, la integración de las instituciones públicas y privadas de salud, mediante una estrategia conformada por varias fases “que se articulan con base en las reformas que habrán de realizarse en las funciones de prestación de servicios, generación de recursos y por último en financiamiento. Se pretende que en su primera etapa se integren las instituciones públicas del sector salud (SIC) y que posteriormente, una vez establecido el marco operativo y legal necesario, pueda también integrarse a las instituciones del sector privado. Esta integración inicial requerirá de la consolidación de las reformas iniciales a cada una de las funciones del Sistema, para finalmente, lograr la conformación de un sistema integrado o único de salud, cuyo financiamiento sea con recursos mayoritariamente públicos y que permita garantizar la eficiencia y equidad en la prestación de servicios de salud a toda la población” (SSa, 2010: 28).

En cuanto a las modificaciones propuestas para la función de prestación de servicios se considera “la conformación de una red plural de proveedores”, incluyendo a la iniciativa privada, a fin de que el usuario pueda ejercer su libertad de elección. Asimismo, se pretende fomentar la competencia entre las unidades médicas del sector público de manera que la asignación de recursos se ligue a la demanda y no a la oferta de servicios fomentando así, según se dice, la calidad de los mismos.

En este sentido, los instrumentos “facilitadores” que se han desarrollado para la integración de la función de prestación de servicios son:

- El Expediente Clínico Electrónico para acceder a la información médica del usuario en el sitio de la atención
- El Padrón Único de Beneficiarios a fin de relacionar a las personas con su condición de aseguramiento con el propósito de evitar duplicidades en la cobertura y el financiamiento
- Las Guías de Práctica Clínica a fin de establecer protocolos de atención homogéneos
- El Sistema de Acreditación y Certificación de Unidades Médicas como “medio de garantía de la calidad de la atención”
- El Sistema de Intercambio de Servicios para establecer criterios y procedimientos de cálculo y registro de costos para construir tarifas homogéneas de prestación de servicios

- La Política Nacional de Medicamentos a fin de asegurar el abasto
- El Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud para el desarrollo y reordenamiento de la infraestructura, el equipamiento y los recursos humanos en salud a nivel sectorial (SSa, 2010: 30, 31, 46, 56)

Respecto a la integración de la función de financiamiento se propone que se constituya un fondo mediante impuestos generales etiquetados para la atención a la salud que posibilite las “transferencias entre instituciones y prestadores de servicios, haciendo posible intercambiar servicios con base en compensaciones financieras”, de tal manera que los recursos se asignen en función de la demanda y no de la oferta institucional de servicios (SSa, 2010: 37, 38).

De esta manera se pondera que “con la integración funcional se sientan las bases para impulsar los cambios de fondo en el componente financiero y orgánico del Sistema, hacia la construcción de un Sistema Único de Salud” (SSa, 2010: 9).

2.7 Reformas a la Ley del ISSSTE, 2007

Las modificaciones más sobresalientes introducidas a la luz de las reformas hechas a la Ley del ISSSTE en 2007 impactan mayormente a la configuración del sistema de pensiones que al igual que el del IMSS, con la reforma de 1995, pasa de un sistema de reparto a otro de capitalización individual.

No obstante, la nueva Ley del ISSSTE promueve para los servicios de salud, en concordancia con la propuesta integradora del sector arriba expuesta, la portabilidad de derechos entre el ISSSTE y otras instituciones de seguridad social (artículo 149). Asimismo, abre la posibilidad de ofertar la capacidad excedente del instituto a otras instituciones del sector (artículo 31).

Otra adición importante en la nueva ley, es la introducción de un sistema de evaluación del desempeño con base en el cual se definirán las políticas y mecanismos de otorgamiento de los seguros, prestaciones y servicios del instituto (artículo 15). Asimismo, se crea un Comité de Evaluación y Seguimiento de los servicios de salud que, a tono con el hincapié puesto por la reforma en el equilibrio presupuestal del instituto, se encargará de la evaluación técnica y financiera de los servicios médicos (artículo 32).

En este tenor, se contempla la medición y evaluación del desempeño médico y financiero de los prestadores de servicios de salud del instituto; incentivos al desempeño y a la calidad del servicio médico; financiamiento de unidades prestadoras de servicios de salud a través de acuerdos de gestión; oferta de capacidad excedente, así como las reservas financieras y actuariales del seguro de salud (artículo 28).

De igual manera, se prevé el desarrollo de una función financiera de servicios de salud que administrará este seguro con base en un sistema de evaluación y seguimiento que calificará la prestación, propondrá asignaciones presupuestarias por resultados y procurará su equilibrio financiero (artículo 29).

Así las cosas, se puede decir que la nueva Ley del ISSSTE, en la esfera de los servicios de salud, se alinea con la propuesta de integración sistémica sustentada en la portabilidad de derechos y la convergencia en el uso de recursos. Asimismo, la introducción de un sistema de evaluación del desempeño con base en el cual se definirán las políticas y mecanismos de otorgamiento de prestaciones y servicios, así como la creación de un Comité de Evaluación y Seguimiento de los servicios de salud que se encargará de la

evaluación técnica y financiera de los mismos sugieren que el ISSSTE se incorporará a la dinámica gerencial que promueve evaluaciones enfocadas en la definición de paquetes de prestaciones costo-efectivas *ad hoc* con la lógica mercantilista promovida por la “competencia estructurada” que se quiere introducir en el sector.

2.8 Conclusiones

La reconfiguración del sector salud en México ha respondido a criterios extraterritorialmente definidos que no han demostrado tener el acierto de remediar las deficiencias que presuntamente estaban destinados a corregir. Por el contrario, han acrecentado problemas como la inequidad en el acceso a los servicios y la fragmentación del sector, al incorporar figuras emanadas de modelos únicos de corte gerencial que no toman en consideración las particularidades nacionales y que además han generado altos costos económicos y sociales como resultado de los procesos de implantación.

El cambio estructural en salud, el programa de reforma del sector salud, las modificaciones hechas a las instituciones de seguridad social, la introducción de la protección social en salud y la integración funcional sistémica, en este sentido, se pueden considerar elementos consistentes con una lógica de mercantilización de lo público rentable promovida desde un orden supranacional.

Dentro de esa lógica, esquemas como el “pluralismo estructurado” han servido de guía para la instrumentación de estrategias encaminadas a redefinir el propósito y el perfil de las instituciones públicas encargadas de la protección de la salud de los mexicanos. No están errados quienes subrayan que el informe “Economía y Salud” ha influido de manera importante en la transformación del sistema de salud en las últimas [...] décadas” (Soberón en Frenk y Gómez-Dantés, 2008:12).

Y aunque para algunos el modelo pluralista no permeó como en otras latitudes de la región, es claro que hoy en día dentro del sector salud se siguen desarrollando mecanismos y herramientas otrora propuestas en el marco de dicho modelo. El objetivo, en este orden de ideas, sigue siendo la “competencia estructurada” sustentada en el financiamiento público, la prestación público-privada de servicios y la delimitación del derecho a la protección de la salud con base en un paquete esencial de beneficios justificado a partir de una condición de ciudadanía acotada.

Capítulo 3. ¿Hacia un “Sistema Nacional de Salud Universal”?

“...la riqueza no se distribuye, se genera para que otros generen más riqueza.”

Alfonso Romo Garza⁷⁶

3.1 Introducción

En el capítulo anterior se hizo un recuento de los cambios que ha experimentado el sector salud en México desde principios de la década de 1980, comenzando con el “cambio estructural en salud” promovido desde las oficinas de la Presidencia de la República⁷⁷ y cuyo objetivo primordial fue la descentralización de los servicios de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) a los estados como medio para distribuir entre las entidades federativas y la federación las erogaciones por concepto de gasto público en salud, en una época de escasez de recursos debido al redireccionamiento de éstos hacia el pago de la deuda.

Siguiendo a este primer intento descentralizador, detenido durante la administración Salinas, se recapituló sobre el “Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000” que en sintonía con el “cambio estructural” retomó la descentralización de los servicios como insignia para la modernización del sector junto con las modificaciones hechas a la legislación de la institución emblema de la seguridad social en el país, todo ello en el marco de la crisis financiera detonada por el “error de diciembre de 1994” y en el contexto de la “ola de reformas en salud” iniciada por el Banco Mundial a principios de la última década del siglo pasado.

⁷⁶ Alfonso Romo Garza, Fundador del Grupo Pulsar Internacional, al pronunciar la conferencia “La responsabilidad social del empresario” dictada el lunes 13 de noviembre de 1999 en el auditorio de la Biblioteca Magna Universitaria Raúl Rangel Frías de la Universidad Autónoma de Nuevo León en Avilés, *Los manicomios del poder. Corrupción y violencia psiquiátrica en México*, Mexico, Random House Mondadori, 2007.

⁷⁷ En agosto de 1981 se creó la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República a fin de “determinar los elementos técnicos, financieros, jurídicos y administrativos de los servicios públicos de salud a fin de integrarlos en un sistema nacional de salud que diera cobertura a toda la población” Soberón G y Valdés C, *Evidencias y salud: ¿hacia dónde va el sistema de salud en México?*, Salud Pública de México, Vol. 49, Suplemento 1, 2007, p. S5.

Finalmente se consideró la puesta en marcha, a partir de los cambios hechos a la Ley General de Salud en 2003, del Sistema de Protección Social en Salud mejor conocido como Seguro Popular. Así como las adecuaciones realizadas en 2007 a la Ley del ISSSTE que, en el ámbito de la salud, están encaminadas a apoyar el trabajo desarrollado por la Secretaría de Salud federal para tratar de implementar lo que se ha denominado “integración funcional del sistema” cuyos pilares, según se entiende, son la “portabilidad de derechos” y la “convergencia de servicios”.

Temas abordados también en el último apartado del capítulo anterior como parte de las acciones que siguen abonando a la reconfiguración del sector y a la configuración de un Sistema Nacional de Salud (SNS) que tenga como base el modelo conocido como “pluralismo estructurado”, también promovido por el Banco Mundial como parte de la referida “ola de reformas en salud”. Sistema que, en palabras de representantes del Consejo Coordinador Empresarial (CCE), genere incentivos para que la iniciativa privada pueda “desarrollar y ofrecer una variedad de servicios y coberturas que complementen la cobertura del Estado” (Armenta, *et.al.*, 2013: 303).

Intención, esta última, compatible con la filosofía de mercado alentada desde las *headquarters* de los organismos financieros internacionales que, si no *de jure* si *de facto*, se han convertido en sedes de gobierno supranacionales según se percibe a la luz de las reformas instrumentadas durante los últimos treinta años en el sector salud de nuestro país.

Así las cosas, la visión planteada por aquel organismo “interlocutor del empresariado mexicano”⁷⁸ es muy clara y la definición de lo que para el sector privado podría ser el SNS suficientemente plástica:

⁷⁸ El CCE se describe “como representante e interlocutor del empresariado mexicano [...] que trabaja para impulsar el libre mercado, la democracia plena, la responsabilidad social y la equidad de oportunidades para la población [...] fundado en 1976 como una respuesta del sector productivo nacional a la creciente intervención del gobierno en la economía y la aplicación de medidas claramente populistas”. Actualmente está integrado por la Confederación de Cámaras Industriales (CONCAMIN), la Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio (CONCANACO), la Confederación Patronal de la República Mexicana (COPARMEX), la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), el Consejo Mexicano de Hombres de Negocios (CMHN), el Consejo Nacional Agropecuario (CNA), la Asociación de Bancos de México (ABM), la Cámara Nacional de Comercio, Servicios y Turismo de la Ciudad de México (CANACO), la Cámara Nacional de la Industria de Transformación (CANACINTRA), la Asociación Mexicana de Intermediarios Bursátiles (AMIB), el Consejo Empresarial Mexicano de Comercio Exterior, Inversión y Tecnología (COMCE) y la Asociación Nacional de Tiendas de Autoservicio y Departamentales (ANTAD). Fuente: <http://www.cce.org.mx/acerca-de/>, consultada el 24 de abril de 2014.

“La propuesta del CCE, es que el Sistema Nacional de Salud (SNS) debe de estar compuesto por dos subsistemas: el de atención médica y el de salud pública. El subsistema de atención médica, tendrá un Plan Universal de Beneficios (o Plan Básico de Salud) que comprenderá un paquete de intervenciones preventivas y curativas en los tres niveles de atención y será financiado principalmente a través de impuestos generales y copagos por parte del beneficiario.

Por otro lado, con el subsistema de salud pública, toda la población que habite en territorio mexicano tendrá acceso a un paquete de intervenciones que comprenderá acciones para i) la protección contra riesgos sanitarios (locales y federales), ii) la promoción de conductas saludables y iii) la prevención primaria (campañas de vacunación, detección oportuna de cáncer de mama y cáncer cérvico uterino, por mencionar algunas). Este subsistema será financiado por impuestos federales, estatales y locales.”⁷⁹

En este orden de ideas, este capítulo presenta diversas propuestas que reflejan distintas visiones sobre lo que debería de ser el SNS. Visiones que entrañan interpretaciones disímboles del alcance del “derecho a la protección de la salud”. Visiones que desde el flanco izquierdo reclaman del Estado el compromiso de la salvaguarda de este derecho constitucional como esencial a la integridad y bienestar de las personas y que desde el extremo derecho estiman conveniente que la garantía de dicho derecho se sustente en el desarrollo de un mercado de la salud en el que el usuario, como ente soberano, al ejercer su libertad de elección eche a andar un mecanismo homeostático en el que todos los componentes del sistema, incluido él mismo, funcionen de manera armónica para obtener el mayor beneficio posible.

De esta manera, se abordan propuestas que abrevan básicamente de dos posiciones ideológicas antagónicas, posturas que durante las últimas cuatro décadas han debatido sobre la pertinencia de la intervención estatal en esferas en las que desde la óptica de los detractores de dicha intervención la pretendida autorregulación del mercado generaría mayores rendimientos que aquellos que el Estado pudiera garantizar.

⁷⁹ Consejo Coordinador Empresarial (CCE), Acuerdos suscritos en la Agenda por México Grupo de Trabajo 5.1 Sistema Único de Salud, 26 de septiembre de 2012 en Organización Panamericana de la Salud (OPS)- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México*, México, OPS, 2013, p. 303; Cfr. Consejo Coordinador Empresarial (CCE), *Agenda por México*, Octubre de 2012, Fuente: http://cce.org.mx/sites/default/files/Agenda%20por%20México/Agenda_por__México.pdf

Como se verá más adelante, las propuestas de Santiago Levy, Funsalud, el Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México Federico Gómez y del Centro de Estudios Espinosa Yglesias son compatibles con el interés de mercantilizar lo público rentable, pues ven a la salud como un bien económico susceptible de crear riqueza y al sector como “un importante dinamizador de la economía”⁸⁰, mientras que las ideas desarrolladas por Asa Cristina Laurell e investigadores de la UAM-Xochimilco⁸¹ defienden la postura de que no sea la “individualización”⁸² la manera mediante la cual se resuelvan los asuntos que si bien afectan a la persona, también son de interés público y por lo tanto responsabilidad social.

En el medio, un tanto ambigua la propuesta Narro-Barba apunta hacia la fusión de las instituciones públicas de salud y el fortalecimiento de la capacidad reguladora de la cabeza de sector, sin embargo, no detalla un interés particular por un sistema esencialmente público o una mezcla público-privada.

Asimismo, este apartado analiza la propuesta de reforma planteada al inicio de esta administración por la Secretaria de Salud Dra. Mercedes Juan a la luz del aseguramiento universal y de la iniciativa integracionista gestadas durante los dos gobiernos que precedieron. Propuesta que apunta, según se afirma, hacia el desarrollo de un “Sistema Nacional de Salud Universal” garante del acceso a los servicios para toda la población gracias a la condición de ciudadanía y no de derechohabencia vinculada al estatus laboral de las personas.

Se abordan también, al final de este capítulo, experiencias latinoamericanas alternativas que propugnan por sistemas de salud universales, integrales y de carácter público que

⁸⁰ Gabriel Manuell Lee, Coordinador de Asesores de la Secretaría de Salud, y Osvaldo Artaza, Asesor de Sistemas y Servicios de la Representación de la OPS/OMS en México citados de Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Organización Mundial de la Salud (OMS), *Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México*, México, OPS, 2013, p. 23.

⁸¹ Asa Cristina Laurell ha desempeñado un papel activo en el desarrollo de la corriente de pensamiento conocida como Medicina Social o Salud Colectiva tanto en México como en otros países de Latinoamérica. No obstante, en este documento se presentan por separado las propuestas del grupo de Medicina Social de la UAM-Xochimilco y de Laurell, dado que desde su nombramiento como Secretaria de Salud del Gobierno del DF en el año 2000 su participación en el debate público sobre las reformas en materia de salud se ve más vinculada a su filiación política que a su previa adscripción académica.

⁸² Beck y Beck-Gernsheim, *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*, Barcelona, Paidós, 2003.

consideran esquemas basados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y que ponderan el papel que juegan los Determinantes Sociales de la Salud (DSS).

Así, se concluye el apartado señalando que ajuste estructural no es destino y que lo que queda de manifiesto a la luz de las reformas neoliberales en salud y de experiencias distintas a éstas es la evidente contraposición de dos visiones: una en la que se promueve una mayor participación del sector privado en detrimento del bienestar social y otra en la que el Estado es el sujeto obligado de la provisión universal de servicios integrales vía un aparato público.

3.2 Propuestas de reforma del Sistema Nacional de Salud (SNS)

3.2.1 Iniciativa Levy

Como hace casi ya 20 años, cuando el Congreso de la Unión aprobó importantes modificaciones a la Ley del Seguro Social, se propone nuevamente reformar a la seguridad social y, en este marco, al sector salud bajo premisas que exaltan la necesidad de transitar de un esquema ligado al objetivo de pleno empleo a otro vinculado a derechos de ciudadanía, esquema que sintonice con el discurso que enfatiza el virtuosismo de la fórmula productividad-crecimiento económico.

En ese tenor Santiago Levy, Director General del IMSS de 2000 a 2005, lanza una iniciativa que justifica a partir de considerar a “la seguridad social como causa de informalidad y fuente de baja productividad”, entre otras razones, afirma, debido a la segmentación que separa a los trabajadores asalariados de los no asalariados y que induce a financiar dos regímenes de protección: la seguridad social contributiva (SSC) y la seguridad social no contributiva (SSNC).

La primera, señala, representa una fuerte carga impositiva para las empresas⁸³ lo que constituye un incentivo a la evasión. En tanto que de la segunda apunta que se beneficia la informalidad pues la población ubicada en este segmento recibe servicios y prestaciones de diversos programas sin tener que contribuir a su financiamiento.

En este sentido subraya que “La SSC genera un impuesto al empleo formal [en tanto] que la SSNC representa un subsidio al empleo informal: los trabajadores reciben beneficios sociales que ni ellos, ni las empresas, pagan directamente. El resultado es que se gravan con impuestos los empleos más productivos y se subsidian con gasto público los empleos menos productivos” (Levy, 2012: 36).

Este estado de cosas, se afirma, plantea un dilema entre productividad y bienestar social pues “por un lado, es urgente ampliar la base tributaria y fomentar la productividad para

⁸³ “Empresas y trabajadores formales pagan 84% del total del gasto de la SSC a través de un impuesto a la nómina etiquetado para estos propósitos. El gobierno aporta un 16% más para los mismos fines, lo que en el año 2008 significó una erogación de 0.5% del PIB”, Levy, Santiago, *Seguridad social universal: Un camino para México*, *Nexos*, Núm. 419, noviembre 2012, México, p. 36.

acelerar el crecimiento”, es decir, se trata de combatir la informalidad; y “por el otro, es indispensable extender la cobertura de salud, de pensiones y de guarderías” entre la población desprotegida.

De tal suerte y señalando al origen del financiamiento de la seguridad social vinculado a la situación laboral de las personas como la raíz del problema, se lanza la propuesta de un sistema de seguridad social universal (SSU) encaminado a “otorgar derechos iguales a todos los trabajadores del apartado “A”, independientemente de su status laboral”, a partir del pago de un impuesto común como el que se paga por el Valor Agregado (IVA), esto es, gravando el consumo “sin exenciones” con una tasa total de 16%, de la cual el 10% se destinaría al “Fondo Nacional de Seguridad Social Universal” y el 6% al “IVA para el gasto público general”. Se advierte, en este tenor, que “la propuesta [...] implica un cambio en el financiamiento de la seguridad social: de impuestos al trabajo a impuestos al consumo” (Levy, 2012: 38,39).

El sistema de SSU consistiría en primer término en:

- Un “catálogo de tratamientos médicos” desvinculado del *status* laboral
- Una contribución a la cuenta individual de retiro igual a la que recibe un trabajador que gana dos salarios mínimos, pero durante toda su vida laboral (no sólo cuando es asalariado)
- Un seguro de invalidez y de vida con cobertura de dos salarios mínimos

Asimismo, contempla para los “trabajadores asalariados” (SIC):

- Un seguro de riesgos de trabajo y otro de guardería como de los que son beneficiarios los derechohabientes del IMSS
- Contribuciones complementarias para pensiones de retiro y para el seguro de invalidez y vida que igualen las que reciben los afiliados al IMSS
- Garantía de pensión mínima de retiro igual que los trabajadores afiliados al IMSS

Finalmente, la iniciativa considera:

- “Transferencias directas a las familias pobres [mediante el programa Oportunidades] para compensar el impacto de los impuestos al consumo con que se financiaría el sistema
- Compensación a los gobiernos estatales por las menores participaciones que recibirían dado que parte de los impuestos al consumo estarían etiquetados para seguridad social
- Terminar con el impuesto a la nómina para la vivienda (Infonavit)
- Absorber el pasivo laboral del IMSS por el gobierno federal” (Levy, 2012: 38, 42).

Se subraya que la idea es financiar este sistema “con el pago de un impuesto común que no dependa de la condición laboral”, sin embargo, se prevé una contribución patronal sobre nómina para financiar las prestaciones adicionales de los trabajadores asalariados, es decir, dentro de este esquema también se grava al empleo formal, hecho que de acuerdo con la propuesta se pretende combatir.

Asimismo, se apunta que con la iniciativa se busca organizar y financiar un sistema de seguridad social más equitativo para toda la población sin embargo, al gravar el consumo general la propuesta implicaría el establecimiento de una política fiscal regresiva pues las familias pobres también serían sujetas del incremento de impuestos que según se dice se compensaría con transferencias monetarias directas a través del Programa Oportunidades, lo que evidentemente favorecería la segmentación de la política social: “seguridad social” para unos, asistencia social para otros.

Respecto al ámbito de la salud se propone el aseguramiento para todos los trabajadores, independientemente de su condición laboral y por lo tanto, se dice, de las vicisitudes del mercado de trabajo. La prestación de servicios quedaría a cargo del IMSS y de los servicios estatales de salud y en este sentido se enfatiza que la unificación del financiamiento, vía impuestos al consumo, sentaría las bases de un Servicio Nacional de Salud. No obstante, este aseguramiento se restringe a un paquete o catálogo de tratamientos o intervenciones médicas que, según se entiende, se homogeneizaría con los servicios provistos por los programas no contributivos como el Seguro Popular (Levy, 2012: 42).

3.2.2 Iniciativa de la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud)

En la iniciativa Levy se perciben coincidencias con la propuesta promovida, desde mediados de la década de los noventa del siglo pasado, por la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud). Coincidencias en los temas como el del aseguramiento universal en salud desvinculado de la condición laboral, la unificación del financiamiento vía impuestos sobre el consumo (incluidos alimentos y medicinas) y la universalización del sistema de salud basada en “un paquete de servicios común para todos los mexicanos” (Frenk y Gómez-Dantés, 2008: 90).

Temas que, como ha sido señalado en el capítulo anterior, Funsalud ha desarrollado a partir del llamado “pluralismo estructurado”, modelo que se sustenta en las premisas básicas del financiamiento público y la prestación plural de servicios de salud, en donde la participación del sector privado se estima de alta conveniencia para la homeóstasis del sistema.

En este sentido se promueve, por ejemplo, la incursión de instituciones intermediarias como las denominadas “articuladoras” que recibirían el dinero directamente de un fondo único y que lo destinarían a los prestadores operando en redes plurales de atención a las que se podría afiliar cualquier persona “independientemente de su condición laboral o pertenencia a alguna institución de seguridad social. [Así] El interés de las instituciones privadas en participar como articuladores o prestadores estaría en el ingreso fijo que el fondo les asigne por persona afiliada”.

Y como se mencionaba antes, esta propuesta resalta la necesidad de “definir un conjunto de beneficios explícitos garantizados universales, incluyendo una lista de intervenciones de alto costo”. Beneficios, se dice, que “serían intervenciones obligatorias para los proveedores, financiadas por el fondo único”. Mientras que las “intervenciones no incluidas en dichos beneficios seguirían siendo financiadas a través de cuotas obrero-patronales en la seguridad social, a través de primas de seguros privados o a través de gasto de bolsillo de las familias”.

Se afirma, en este tenor, que “los trabajadores y sus familias que hoy reciben atención a casi todas sus necesidades de servicios de salud no verían afectado el alcance de su

servicio actual, ya que lo único que cambia es el fondo de financiamiento de las intervenciones” (González-Pier, *et. al.*, 2013: 216).

En cuanto a la creación de un sistema universal de salud se dice que “el esquema más eficiente para la articulación y prestación de servicios sería la integración orgánica de las instituciones del sector en un organismo único con descentralización a las entidades federativas; sin embargo, [se advierte que] no puede realizarse de forma inmediata, por lo que se propone un primer esquema en el que las instituciones de salud actuales con representación estatal funjan como articuladores de redes plurales de servicios escalonados en niveles de resolución, fortaleciendo la atención primaria, recibiendo el financiamiento de un sólo fondo y otorgando la atención a la población afiliada, sin distinción de su condición laboral o pertenencia a la seguridad social” (González-Pier, *et. al.*, 2013: 217).

Cabe destacar que tanto el planteamiento de la construcción de redes de servicios como el de la integración orgánica forman parte, por paradójico que parezca, de la estrategia ya referida de separación funcional del sistema.

Estrategia que enfatiza la importancia de desligar la prestación de servicios del financiamiento de los mismos con el objetivo de conformar una “bolsa garantizada” y desarrollar un entramado público-privado de articuladores y prestadores de servicios bajo el idílico supuesto de que “la libre elección de los usuarios presionaría a los prestadores para elevar su calidad y trato digno, con el propósito de conservar y atraer usuarios que corresponden con recursos del fondo único”.

De esta forma se sugiere también como precondition de la reforma fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud a fin de que ésta sea la que facilite la especialización funcional. De manera paralela se propone “la separación de los seguros de salud de las demás prestaciones de la seguridad social con el propósito ulterior de desvincular la articulación y prestación de servicios de salud de la relación laboral”.

Finalmente se señala que en el corto plazo se buscaría establecer el costo “de las intervenciones que puedan integrarse a un primer conjunto de beneficios universales” a fin de determinar “el tamaño del fondo de financiamiento que se requeriría separar del presupuesto de salud” (González-Pier, *et. al.*, 2013: 217).

3.2.3 Iniciativa Laurell⁸⁴

Asa Cristina Laurell, Secretaria de Salud del D.F. de 2000 a 2006, critica el “aparente consenso sobre la necesidad de garantizar la *cobertura universal en salud* para hacer cumplir el artículo 4o constitucional” (Laurell en Cordera y Fuentes, 2012: 301), pues considera que detrás del término “cobertura universal” subyace una visión reduccionista del derecho a la protección de la salud.

Señala que desde principios de la década de los noventa, cuando el Banco Mundial emitió su informe 1993 “Invertir en Salud” en el discurso dominante el derecho a la salud se pretende concretar por medio de “la cobertura universal de algún tipo de seguro que ampara un paquete predefinido de servicios costo-efectivos (en el caso mexicano el Catálogo Universal de Servicios de Salud, Causes)” y no mediante la garantía de acceso oportuno a los servicios de salud requeridos, es decir, no se “contempla el derecho a la salud como un derecho humano y social universal entendida la universalidad como igual para todos e inherente a la condición de ciudadanía” (Laurell en Cordera y Fuentes, 2012: 302; Laurell en Ramírez y Ham, 2012: 284).

De esta manera, partiendo de la idea de que la salud es una necesidad humana y precondition de una vida digna y por tanto un derecho exigible a ser garantizado por el Estado, Laurell propone lo que denomina “la reforma alternativa” que parte de tres premisas:

- Establecer “nuevas prioridades nacionales con la redistribución de los recursos públicos y una recaudación fiscal progresiva.
- [...] un gran acuerdo social en el cual se reconozca a la salud como un ámbito de realización de la justicia social y una prioridad de la sociedad. [Añadiendo] un acuerdo con los actores institucionales para que se ponga en el centro la función sustantiva de las instituciones públicas de salud que es la salud de la población.

⁸⁴ Cabe mencionar que esta propuesta tiene antecedente en el “Programa de Salud del Gobierno Democrático” publicado en el núm. 26, julio-agosto de 1994, de *Coyuntura*, revista del Partido de la Revolución Democrática (PRD). Dicho programa planteaba un Sistema Único de Salud (SUS) universal, público, descentralizado y democrático, resultado de la fusión entre la Secretaría de Salud y los institutos de seguridad social, siendo la primera la instancia que debía elaborar la propuesta técnica unificadora de los modelos de atención, así como la nueva normatividad y regulación institucional (Abrantes, 2010: 189).

- [...] Separar el tema de la protección de la salud del tema de la seguridad económica” (Laurell en Cordera y Fuentes, 2012: 309).

La “propuesta alternativa” se dice, en este orden de ideas, persigue “recuperar la salud como derecho universal y exigible en consonancia con la declaración de la ONU sobre los Derechos Humanos”. La condición para que ésto se cumpla, se señala, “es introducir la gratuidad de los servicios, insumos y medicamentos, ya que la barrera principal al acceso es la económica”.

Se propone, en este sentido, integrar escalonadamente a los servicios públicos en un Sistema Único de Salud (SUS) a fin de terminar con la fragmentación y la segmentación, utilizando como palanca los servicios médicos del IMSS y los de salud pública de la Secretaría de Salud.

De tal suerte, “la plataforma del nuevo modelo de atención sería la educación, promoción, prevención y detección oportuna y control de los padecimientos. [Así como el fortalecimiento de] la seguridad sanitaria, ya que se integraría a la base estructural del SUS (centros de salud y jurisdicciones sanitarias). [...] Abriría además vías novedosas de actuar sobre los determinantes sociales de la salud con una intersectorialidad sustentada en la política social y económica para el bienestar de la población” (Laurell en Ramírez y Ham, 2012: 290, 291; Laurell en Cordera y Fuentes, 2012: 309).

Asimismo, se apunta, se debe realizar “una planeación estratégica nacional basada en criterios de necesidad y equidad en vez de mercantiles” que incluya “la programación de un financiamiento fiscal creciente”.

Es decir, “el SUS se financiaría básicamente con recursos fiscales que requerirían de un incremento programado destinado a la inversión (unidades médicas, equipo y mantenimiento) y el cuidado directo de la salud (personal, medicamento e insumos) que sería del orden de 2% del PIB acumulado sobre un lapso de 6 a 10 años. [...] El incremento necesario y programado de recursos fiscales debería basarse en impuestos equitativos y progresivos con corrección de esquemas regresivos y la eliminación de subsidios indirectos como la deducibilidad de los gastos y seguros médicos privados en el pago de impuestos estimado en 0.5% del PIB. [...] la reforma fiscal no se sustentaría en impuestos sobre el consumo, sino en impuestos sobre aquellos grandes capitales que

actualmente tributan una tasa muy baja. Otra fuente sería reemplazar la contribución patronal por un impuesto sobre la nómina que corregiría la regresividad de la actual cuota fija introducida con la reforma del IMSS de 1995” (Laurell en Ramírez y Ham, 2012: 291-293; Laurell en Cordera y Fuentes, 2012: 309, 313).

3.2.4 Iniciativa Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México Federico Gómez

En el interludio de esas visiones antagónicas de reforma del sector salud han emergido en el debate público más de una pléyade de propuestas⁸⁵ que no obstante, con ciertos matices, giran alrededor de aquellas. La mayoría de manera más cercana a la propuesta de mercado de Levy y de Funsalud que a la iniciativa estatista de Laurell.

Por ejemplo, investigadores organizados en torno al Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México Federico Gómez⁸⁶ coinciden en señalar la importancia de crear un sistema único de salud (sistema nacional de servicios de salud -SNSS-) que apunte hacia la universalización de la atención, financiado con impuestos generales y en el que se integre la oferta privada.

Asimismo, a tono con lo que Julio Frenk ha venido proponiendo desde 1999,⁸⁷ en esta iniciativa el criterio de universalidad descansa en el establecimiento de un “límite superior de la provisión de recursos en función de una frontera de utilización de [los mismos]” definida a partir de elementos de costo-efectividad. Es decir, desde esta perspectiva “todos los ciudadanos son atendidos independientemente de su condición de salud o enfermedad y la limitación de recursos únicamente modula la intensidad con la que son atendidos y tratados”.

Si bien es cierto que esta propuesta no habla explícitamente de “paquetes de salud”, si subraya que entre los criterios para definir la referida “frontera de utilización de recursos” además de aspectos clínicos se deberán considerar “elementos económicos de costo-efectividad”, en este sentido se apunta que “cuando los rendimientos sean decrecientes, la inversión deberá ser cubierta por el gasto privado” (Muñoz, 2013: 226).

⁸⁵ Cfr. OPS-OMS, *Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México*, México, OPS, 2013.

⁸⁶ Propuesta elaborada por encargo del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) y presentada por Onofre Muñoz Hernández en el marco de los foros de discusión organizados por la Representación de la OPS-OMS en México y la Secretaría de Salud que dieron lugar a la publicación del documento denominado “*Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México*”, México, OPS, 2013.

⁸⁷ Cfr. Frenk, *et. al.*, *La seguridad social en salud: perspectivas para la reforma* en Solís y Villagómez, *La seguridad social en México*, México, CIDE-FCE, 1999, pp. 94,95.

De igual manera, se considera la “conformación de un mercado regulado, en [el] que los proveedores del sector privado son contratados por el Estado para proporcionar servicios específicos [y en el que] se promueva la competencia interna por alcanzar los mayores niveles de calidad” (Muñoz, 2013: 228).

Se enfatiza, asimismo, la necesidad de “fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud en sus funciones de regulación, de supervisión y evaluación y de organización de los servicios” y de trabajar en la integración funcional de las instituciones, en una primera etapa mediante la portabilidad de derechos y la convergencia de servicios (Muñoz, 2013: 224).

3.2.5 Iniciativa Centro de Estudios Espinosa Yglesias

El Centro de Estudios Espinosa Yglesias comparte la idea de la reorganización sistémica a partir de la separación de funciones (rectoría, financiamiento y prestación de servicios). Coincide en que la rectoría debe estar a cargo de la Secretaría de Salud federal, dependencia que debería coordinar bajo un esquema único de financiamiento (Fondo Unificado de Salud), proveniente de impuestos generales, al IMSS, al ISSSTE y al Seguro Popular.

En cuanto a la prestación de los servicios se sugiere un sistema que integre funcionalmente a las mayores instituciones del sector (IMSS, ISSSTE y Servicios Estatales de Salud), mediante la convergencia y la portabilidad, y que considere la participación de instituciones privadas en un mercado regulado para la venta de servicios a las instituciones públicas.

Igualmente se contempla el pago *per capita* de acuerdo con la afiliación a cada institución a partir de la elección del usuario, quien tendría la posibilidad de cambiar de proveedor de servicios después de un periodo mínimo de permanencia (Cárdenas, 2013: 262, 263).

3.2.6 Iniciativa Narro-Barba⁸⁸

Por su parte José Narro y Carlos Barba (2012) coinciden en destacar la necesidad de apuntalar un sistema universal de salud o sistema nacional de salud único que termine con la segmentación y con la prestación de servicios diferenciada que a menudo es excluyente y altamente heterogénea respecto a la oportunidad y la calidad de la atención.

Asimismo, destacan el papel articulador que debería jugar el IMSS en torno al cual se tendría que erigir el nuevo sistema mediante la fusión de las demás instituciones públicas de salud y la articulación de la totalidad de los programas existentes, para lo cual sería necesario homologar los servicios, los estándares de calidad y la situación laboral de todo el personal de salud, reconociendo los derechos adquiridos.

En tanto que la Secretaría de Salud, se dice, debería fortalecer su capacidad reguladora como autoridad central del sistema, en este sentido se propone también crear un fondo de inversión en infraestructura, así como un programa que garantice la equidad en la distribución de los recursos humanos a fin de reducir las desigualdades regionales.

Se propone, de igual manera, una reforma fiscal progresiva que asegure la viabilidad financiera del sistema (Narro y Barba, en Ramírez y Ham, 2012: 90, 390, 392) que debería garantizar la universalidad de la atención mediante servicios preventivos, curativos (ambulatorios y de hospitalización) y de rehabilitación (Narro en Ramírez y Ham, 2012: 392) y que se sustente en “un conjunto incremental de servicios [...] que correspondan al perfil epidemiológico del país” (Barba en Ramírez y Ham, 2012: 90).

⁸⁸ Retomando los planteamientos desarrollados en el marco del Taller Internacional “Encrucijadas, Prospectivas y Propuestas sobre la Seguridad Social en México”, organizado en el Instituto de Investigaciones Económicas y celebrado del 26 al 28 de septiembre de 2011 en la Coordinación de Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Dr. José Narro Robles, Rector de esa casa de estudios, compartió sus reflexiones y expuso una propuesta sobre el tema al dictar la conferencia de clausura de dicho Taller. Propuesta que encuentra coincidencias con la ponencia denominada “La reforma del sistema de salud mexicano: eludiendo la universalización del derecho a la salud” presentada en el mismo foro por Carlos Barba de la Universidad de Guadalajara. En este sentido, aquí se aborda tal coincidencia como la iniciativa Narro-Barba.

3.2.7 Iniciativa Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco⁸⁹

Desde una perspectiva más amplia y retomando el enfoque sobre los determinantes sociales de la salud (DSS), investigadores de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco apuntan que cuando se habla de protección a la salud, expresada como la garantía de acceso a los servicios de atención médica mediante la cobertura universal, “sólo se considera una de las dimensiones, pero no la única del derecho a la salud”.

En este sentido señalan que “el derecho a la salud es por naturaleza un derecho inclusivo que incorpora dos dimensiones: los determinantes de la salud y los sistemas institucionalizados para la protección de la salud y la atención de la enfermedad. Para la primera dimensión es necesario considerar aspectos estructurales, la garantía de otros derechos (económicos, sociales, culturales y ambientales) [...]. La segunda dimensión hace referencia al sistema de salud y a las políticas del sector, siendo el Estado el sujeto obligado a proteger, promover y satisfacer este derecho, dotándolo de contenido político, jurídico, normativo y programático a través de las diversas instancias de la administración pública” (López-Arellano, *et.al.*, 2013: 266, 267).

Así, en la conciencia de que el derecho a la salud no “se agota en la <<protección a la salud>>, concebida básicamente como el acceso a los servicios de salud, o a los servicios médicos en particular” elaboran una propuesta de reforma que apunta hacia “la construcción de un sistema único de salud, de base pública, integral, solidario y equitativo” (López-Arellano, *et.al.*, 2013: 268).

La edificación de ese sistema, se señala, debería en un principio tener como base al IMSS dado que es la institución dentro de todo el sector con mayor cobertura y capacidad instalada y resolutiva, ya que tomar como plataforma para universalizar los servicios al Seguro Popular, se enfatiza, sería regresivo pues mientras que el total de atenciones médicas proporcionadas por el IMSS comprende 9609 padecimientos, el Seguro Popular mediante el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) contempla 284

⁸⁹ Presentada por Olivia López Arellano, Carolina Tetelboin Henrion, Edgar Jarillo Soto, María de los Angeles Garduño Andrade, José Arturo Granados Cosme, Sergio López Moreno y José Alberto Rivera Márquez, de la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM-Xochimilco, en el marco de los foros de discusión organizados por la Representación de la OPS-OMS en México y la Secretaría de Salud que dieron lugar a la publicación del documento denominado “*Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México*”, México, OPS, 2013.

intervenciones, a través del Fondo para Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) 57 y del Seguro para una Nueva Generación (SNG) 131 (López-Arellano, *et.al.*, 2013: 270).

Es decir, se subraya la necesidad de articular e integrar funcionalmente a las instituciones del sector, “homologando <<hacia arriba>> los servicios prestados, con base en el concepto de ciudadanía y sin perder los beneficios ya alcanzados” (López-Arellano, *et.al.*, 2013: 273).

Luego entonces, para avanzar hacia la construcción de un sistema único de salud que posibilite la cobertura universal, apuntan, se “requiere establecer explícitamente la universalidad de la prestación de servicios de atención, sin segmentación entre la población, con la articulación de los niveles de atención con base en la atención primaria y con recursos suficientes” (López-Arellano, *et.al.*, 2013: 270).

En ese sentido, se estima que para alcanzar el objetivo de la universalidad de la prestación de servicios se requeriría un presupuesto de 612 mil millones de pesos, es decir, el 3.62% del PIB (2013), 254 mil millones adicionales al presupuesto actual de todas las instituciones del sector. El financiamiento de ese sistema único, público, integral, solidario y equitativo sería posible, se afirma, mediante una reforma fiscal progresiva “que elimine los privilegios fiscales y combata la evasión y la elusión que practican sobre todo las grandes empresas en México [al tiempo que se deben evitar] los impuestos regresivos, como el IVA, que gravan a los más frágiles” (López-Arellano, *et.al.*, 2013: 271).

3.3 ¿Hacia un “Sistema Nacional de Salud Universal”?

En la agenda de las “grandes reformas” contempladas por el ejecutivo federal para la administración 2012-2018 se contabilizaba también la del sector salud, anunciada por la titular del Ramo, y cuyo objetivo apuntaba hacia la “universalización del sistema” a fin de, según se dice, garantizar el acceso efectivo y con calidad a los servicios de salud a toda persona independientemente del *status* social o laboral que tuviera.

Para ello se pretendía modificar el artículo 4o constitucional de manera que en el máximo ordenamiento jurídico de la República se hiciera explícita la creación del “Sistema Nacional de Salud Universal”, así como la concurrencia de la participación del sector público y privado en el mismo.

Artículo 4o Constitucional	
Texto Actual	Texto Propuesto
<p>... Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.</p>	<p>... Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.</p> <p>Para los efectos del párrafo anterior, se crea el Sistema Nacional de Salud Universal, a fin de garantizar el acceso efectivo y con calidad a toda persona, independientemente de su condición social o estatus laboral, a los servicios de salud, sean éstos federales o locales.</p> <p>La ley determinará los términos, requisitos, condiciones de funcionamiento, organización, modalidades, financiamiento y evaluación del Sistema Nacional de Salud Universal; así como de la participación de la Federación, entidades federativas, sector social y privado, en el mismo. El Estado planeará, conducirá, coordinará, regulará y orientará la política nacional de salud.</p> <p>Los recursos que el Estado destine al financiamiento del Sistema Nacional de Salud Universal, se administrarán y ejercerán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez, con objeto de garantizar sus fines, y se sujetarán a lo establecido en este artículo y en las leyes reglamentarias respectivas.</p> <p>La fiscalización del ejercicio de dichos recursos quedará a cargo de la entidad de fiscalización superior de la Federación, sin perjuicio de la competencia de otras autoridades. El incumplimiento a lo establecido en este artículo y sus leyes reglamentarias, será sancionado conforme a lo establecido en el Título Cuarto de esta Constitución y a la legislación federal respectiva. (1)</p>

Este nuevo sistema contemplaría la introducción de “garantías explícitas en salud a partir de la definición de intervenciones sujetas a condiciones precisas para el acceso a los servicios”.

Asimismo, consideraría el establecimiento de una instancia fiscalizadora y garante del acceso “que haga exigibles para los usuarios las garantías explícitas y que obligue a las instituciones a prestar servicios o a pagar el direccionamiento del paciente a un proveedor alternativo”.

De igual manera, se pretendería crear la Comisión del Sistema Nacional de Salud Universal con el objetivo de:

- “Identificar intervenciones susceptibles a contar con garantías explícitas
- Determinar costos y tarifas como base para pagar o compensar la prestación de los servicios
- Formalizar convenios específicos de intercambio de servicios incluyendo los sistemas de información para el monitoreo de actividades y resultados
- Diseñar los mecanismos para garantizar el pago de servicios por la prestación cruzada entre instituciones”.⁽⁹⁰⁾

Como se puede observar, el hecho de que la estrategia oficial pretendiera universalizar el acceso a partir de la garantía de un mínimo esencial de beneficios desvinculados de la condición laboral, que considerara abrir espacios para que el sector privado participe en la prestación de los servicios ligados a ese paquete básico, es decir a las “garantías explícitas”, y que contemplara la creación de un ente autónomo que fiscalizara dicha prestación denota que con esta propuesta de reforma se continuaba con la tendencia a

⁽⁹⁰⁾ Mercedes Juan López, Secretaria de Salud, *Sistema Nacional de Salud Universal 2013-2018*, Ponencia presentada en la Cámara de Senadores, en el marco de la Semana de la Seguridad Social, Ciudad de México, 25 de abril de 2014.

favorecer la mercantilización del ámbito de la salud, considerada desde la óptica neoliberal un área altamente rentable.⁹¹

No es de extrañar que la iniciativa de reforma presentada por la Dra. Mercedes Juan en la Cámara Alta encuentre coincidencias con las propuestas que estiman pertinente que la garantía del derecho a la salud se debería sustentar en el desarrollo de un mercado de la atención médica curativa.⁹²

Tal como lo han promovido, primero, el doctor Soberón desde su paso por las oficinas de Lieja 7 como titular de la “dependencia cabeza de sector” y después de manera más contundente, en las postrimerías del siglo pasado, destacados personajes vinculados al ex-Secretario artífice del “cambio estructural en salud” desde Funsalud, a partir de una óptica compatible con la “nueva gerencia pública” (sic), o lo que este grupo de salubristas bautizó, en la década de los 80, con el nombre de “nueva salud pública”, es decir, una visión presumiblemente sustentada en el conocimiento científico, basada en evidencias, eficientista del quehacer gubernamental y del ejercicio de los recursos públicos, desarrollada “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” (Abrantes, 2010: 91-120).

En este tenor, la “integración funcional sistémica” impulsada durante la pasada administración, sobre la que se abundó en el capítulo anterior, no puede explicarse de otra manera que como el preámbulo a una serie de cambios que vislumbraban el rescate de un modelo hibernante en nuestro país por casi dos décadas: “el pluralismo estructurado”.

⁹¹ En Estados Unidos, el complejo médico-industrial mueve recursos por la cantidad de 3 trillones de dólares al año, Mills, *The Medical Industrial Complex: Understanding the Business of Medicine*, Maricopa County Medical Society, Febrero de 2012. Fuente: <https://www.mcmsonline.com/president/michael-r-mills-md-mph/medical-industrial-complex-understanding-business-medicine> , consultada el lunes 6 de octubre de 2014.

En México, por ejemplo, del 2003 al 2013 los seguros de gastos médicos han incrementado su participación un 50% y las primas, como porcentaje del PIB, han crecido de 0.18% a 0.27% en el mismo periodo, el porcentaje de asegurados (respecto a la población total) también aumentó de 3.4% en 2002 a 7.6% en 2012, Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), *La Reforma de la Seguridad Social de Salud en México: Propuesta de colaboración del Sector Asegurador Privado*, Ponencia presentada en la Cámara de Senadores, en el marco de la Semana de la Seguridad Social, Ciudad de México, 24 de abril de 2014.

⁹² Cfr. OPS-OMS, *Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México*, México, OPS, 2013.

Paradigma compatible, como ya se ha dicho antes, con las ideas y directrices promovidas por los organismos financieros internacionales y confeccionado a partir del patrón tecnocrático que ha dominado, en los últimos treinta años, la toma de decisiones no solo en el sector salud sino en toda la esfera gubernamental.

Hablando de lo que Julio Frenk denomina “la segunda generación de reformas en el sector salud”, se señala que dichas reformas se realizaron con base en evidencias y dependiendo ampliamente de encuestas de salud hechas a gran escala. Apunta también que esas reformas fueron la iniciativa de verdaderos líderes en el sector quienes, por primera vez, fueron “elegidos” por su experiencia técnica y no por su filiación política (Frenk, *et. al.*, 2003). Cabe destacar, no obstante, que Guillermo Soberón, Secretario de Salud durante la administración de Miguel de la Madrid, era militante del partido gobernante: el Revolucionario Institucional (López-Díaz, 2006).

No es casual, en este orden de ideas, que el grupo promotor de dicho modelo, es decir los denominados “neosalubristas”, con su accionar individual y colectivo hayan permeado el quehacer del sector y coadyuvado a remodelar la fisonomía del mismo en una suerte de *revolving door*, esto es, a veces desde posiciones públicas de poder otras desde las condiciones de privilegio conferidas por la temporal adscripción a organismos multilaterales o a organizaciones nacionales e internacionales de la sociedad civil.⁹³

Como sabemos, el término *revolving door* se refiere al hecho de que altos mandos del sector público asuman, al final de su encargo, importantes posiciones en el sector privado y viceversa entrando con frecuencia en conflicto de intereses.

⁹³ En este tenor, cabe mencionar a manera de ejemplo que Soberón como Secretario de Salud, creó el 20 de agosto de 1984, en la SSA, el Centro de Investigación en Salud Pública (CISP) y nombró como su primer director al médico-salubrista Julio Frenk Mora, quien estaba terminando su doctorado en Organización de la Atención Médica y en Sociología en Michigan, dirigido por Avedis Donabedian. José Luis Bobadilla era el subdirector del área de Investigación en Necesidades de Salud; luego se incorporó Enrique Ruelas Barajas para asumir la subdirección de Investigación en Sistemas de Salud.

El CISP funcionó hasta 1987 cuando formó, con otro centro surgido durante el mismo periodo en la SSA, el Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas y con la ENSP, el Instituto Nacional de Salud Pública. La creación de este último también contó con las habilidades del doctor Soberón y de sus operadores políticos para construir la sede para albergar al nuevo instituto en la ciudad de Cuernavaca, Morelos a pesar de que los recursos financieros para el sector hubiesen disminuido.

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 con la cronología sexenal” en los vínculos entre política de salud y sector privado. La perspectiva del doctor Soberón fue, desde la sociedad civil, mantener una presencia en el sector, desempeñando el papel de palanca del sector privado para influir la política de salud (Abrantes, 2010: 91, 102).

Para el caso que se trata en este apartado se hace referencia a la destacada movilidad que ha caracterizado a prominentes “neosalubristas” en cuya *curricula* se destaca su paso tanto por el sector público como por organismos multilaterales u organizaciones nacionales e internacionales de la sociedad civil como la OMS, el Banco Mundial, el BID, Funsalud, Qualimed y la Fundación W. K. Kellogg entre otras (Abrantes, 2010: 89-120).

Así las cosas, al considerar a la salud como objeto susceptible de transacción y no como bien público de interés social, se diseña una reforma que pretende garantizar al grueso de la población un paquete residual de beneficios de manera que el principio de igualdad se salvaguarde mediante la rústica premisa de “lo mínimo para todos”, al tiempo que se fomenta la participación de la iniciativa privada no sólo en la provisión de los servicios contemplados por las “garantías explícitas” sino también en todas aquellas intervenciones no incluidas en ellas.

Luego entonces, en este nuevo sistema, la prestación de los servicios así como la calidad de los mismos no están garantizados, tan obvio resulta este hecho que se vislumbra de inicio la necesidad de crear un “ente fiscalizador”.

No obstante, lo que presumiblemente si estaría asegurado es el financiamiento público de dicho sistema, de ahí el interés de la iniciativa privada por ampliar su participación en el ámbito de la salud, pues al ya de por sí alto nivel de gasto de bolsillo⁹⁴ en el que incurren las familias para atender sus problemas de salud se sumaría la bolsa pública financiada, según rezan las propuestas de Funsalud y otras afines a ella, con base en el incremento al impuesto al valor agregado.

Opción preferida, la del incremento al IVA, entre los defensores del cambio estructural sobre otras como la de aplicar gravámenes progresivos sobre los ingresos (ISR) dada la

⁹⁴ “El gasto privado en 2006 concentró en México 53.2% del gasto total en salud, [...]. Alrededor de 95% de ese gasto fue gasto de bolsillo y 5% correspondió al pago de primas de seguros médicos privados”, (Frenk y Gómez-Dantés, 2008). Para 2011, el gasto de bolsillo representó el 93.2% del gasto privado en salud (51%), mientras que el pago de primas de seguros de gastos médicos ascendió al 6.8%, Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), *La Reforma de la Seguridad Social de Salud en México: Propuesta de colaboración del Sector Asegurador Privado*, Ponencia presentada en la Cámara de Senadores, en el marco de la Semana de la Seguridad Social, Ciudad de México, 24 de abril de 2014.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), a partir de información proveniente de la Cuenta Satélite del Sector Salud de México 2013, los hogares mexicanos gastaron 403 mil millones de pesos para cubrir sus necesidades de salud. De este monto, el 65 por ciento se destinó a la compra de medicamentos y otros bienes. Fuente: <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2015/03/23/mexicanos-gastaron-403-mil-mdp-en-2013-en-necesidades-de-salud-inegi-7696.html> , consultada el lunes 23 de marzo de 2015.

presunta “inviabilidad operativa” que se les imputa a alternativas como esta última debido a “la dificultad de introducir reformas a los impuestos sobre la renta tanto a personas morales como físicas”.

En este sentido, se ha señalado que:

“La elevación del ISRPM es difícil debido a las restricciones que impone la globalización a tributos sobre factores móviles. De hecho, [se argumenta] el mundo ha visto una reducción de este tipo de gravamen.

En cuanto al ISRPF, en un país con deficiente órgano recaudador, alta tasa de evasión, pero sobre todo altos niveles de informalidad, el gravamen se torna de difícil fiscalización. Asimismo, es de los más fáciles de evadir y eludir. Por ello, nos inclinamos más sobre la generalización del impuesto al consumo” (Hernández-Trillo, 2012:312, 313).

En síntesis, todos aquellos que creímos que el discurso sobre “el financiamiento público de la salud” representaba un botón de muestra del “golpe de timón” en las políticas de desarrollo implementadas por el Estado mexicano durante las últimas tres décadas, hemos de reconocer que albergábamos una ingenua idealización pues los hechos claramente muestran que la realidad es otra.

La reforma en salud propuesta por el gobierno federal no sólo vislumbra una mayor fragmentación⁹⁵ del sistema en favor de la iniciativa privada sino que preconiza una mayor polarización social, dadas las condiciones de aseguramiento minimalista considerado por dicha reforma y la intención adyacente de financiar esa “protección social en salud” mediante impuestos generales. No por casualidad se contemplan mecanismos compensatorios como transferencias monetarias a los estratos más pobres de la sociedad vía programas asistencialistas como Oportunidades (Levy, 2012).

De tal talante, se puede afirmar que la reconfiguración experimentada en el sector salud durante los últimos 30 años no es otra cosa que el recuento de lo que el ajuste estructural ha y continúa significando para este importante ámbito de la política social en México.

Como se apuntaba en el capítulo uno, las condicionalidades económicas establecidas por los organismos financieros internacionales, a cambio de líneas de crédito para países en desarrollo, se han traducido en recortes al gasto social y privatización de lo público rentable: el ámbito de la salud no ha sido la excepción.

⁹⁵ El argumento sobre la fragmentación del sistema, dicho sea de paso, ha sido bastante socorrido por los promotores de “las reformas de segunda y tercera generación”, esgrimido como justificación de los cambios propuestos para el sector.

Las condicionalidades políticas introducidas como lineamientos de “buen gobierno” se han materializado en acciones que han desembocado en la conformación de Estados mínimos que limitan al máximo no sólo sus esfuerzos sino también los recursos públicos en estrategias focalizadas y costo-efectivas, esto es, en programas de combate a la pobreza primero, de reducción de ésta después y de alivio de la misma a la postre, en una tentativa moralista “contraparadigmática” que a la vista de muchos no ha sido más que “un compromiso ficticio con el cambio social” (Chossudovsky, 2003: 37), de ahí que autores como Bauman afirmen que:

“...una persona racional ya no confiará en el Estado para que le proporcione todo lo que necesita en caso de desempleo, enfermedad o ancianidad, ni para asegurar a sus hijos una salud decente ni educación. Sobre todo, una persona racional no esperará a que el Estado proteja a sus súbditos de golpes que parecen caer al azar del juego pobremente entendido y descontrolado de las fuerzas globales. Así que hay una nueva pero profundamente arraigada sensación de que, por mucho que uno sepa cómo debería ser una buena sociedad, no encontrará ningún organismo capaz ni deseoso de hacer realidad anhelos populares como éstos” (Bauman, 2005: 99).

Así las cosas se puede decir que en el contexto del “nuevo orden mundial” alentado por el neoliberalismo y acelerado por la globalización, en las naciones con gobiernos proclives a las reformas estructurales, la salvaguarda del derecho a la salud por parte del Estado se ve cada vez más acotada a una serie de medidas “cuasi piadosas” que recrean las obras filantrópicas de las cofradías católicas,⁹⁶ en tanto que el mercado avanza tomando ventaja de los espacios abiertos por ese “neo-asistencialismo”.

⁹⁶ “En las cofradías los miembros encontraban seguridad espiritual y beneficencia social, en ellas se ayudaba a los enfermos pobres, cuidaban a los ancianos necesitados, atendían a los niños huérfanos y sin medio de vida, daban hospitalidad a los peregrinos y financiaban la sepultura cuando un compañero moría” Jadín en Martínez-Domínguez, *Las cofradías en la Nueva España*, Centro de Estudios Históricos-Facultad de Humanidades-Universidad Veracruzana, 1977, p. 46, consultado en línea en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/7975/2/anua-lpag45-71.pdf>

3.4 Experiencias Latinoamericanas Alternativas

No obstante, ajuste estructural no es destino y lo que queda de manifiesto a la luz de las reformas neoliberales en salud y de experiencias latinoamericanas distintas a éstas, es la evidente contraposición de dos visiones: una en la que se promueve una mayor participación del sector privado, mediante la incursión de diversos actores como prestadores de servicios, compañías articuladoras/moduladoras/intermediarias, empresas aseguradoras e industria farmacéutica. En otras palabras, visión en la que se fortalece al “complejo médico-industrial”⁹⁷ con el consecuente incremento del gasto de operación (aumento de los costos de administración dada la atomización del sistema, la publicidad para atraer “clientes” y el margen de ganancia esperado) que terminan pagando los usuarios en un esquema presumiblemente universal pero en la práctica segmentado por estratos sociales.

Y otra visión en la que el Estado es el sujeto obligado de la provisión universal de servicios integrales vía un aparato público que aprovecha las economías de escala para reducir costos de transacción y atención. Visión para la que la importancia y utilidad de garantizar a sus ciudadanos el derecho a la salud se verifica, entre otros aspectos, en la proporción del gasto público destinado a ese rubro, la tendencia a sustentar sus sistemas en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS)⁹⁸ y, por ende, a considerar los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en las políticas de gobierno.

Así, dentro de las experiencias contrarias a las reformas neoliberales encontramos en la región de las américas, a modo de ejemplo, el sistema brasileño y, de manera sobresaliente, el afianzado modelo cubano.

⁹⁷ “Mientras que el Presidente de Estados Unidos [Dwight D.] Eisenhower advertía en 1961 sobre el serio peligro que representaba para el mundo el poder global de lo que él llamó el “complejo militar-industrial” [...] el peligro persiste hoy y está representado globalmente en la arena de la medicina por lo que el Dr. Arnold Relman, el ex-editor del *New England Journal of Medicine*, ha referido como el “complejo médico-industrial” [...] enfocado en el poder y las ganancias sin consideración por los pacientes y las consecuencias sobre la salud pública” Grouse, *Cost-effective medicine vs. the medical-industrial complex*, *Journal of Thoracic Disease*, Vol. 6, No.9, Septiembre de 2014, p. E203. Fuente: <http://www.jthoracdis.com/article/view/3004/3489> , consultado el lunes 6 de octubre de 2014.

⁹⁸ La estrategia de atención primaria de salud (APS) emanada de la Declaración de la Conferencia celebrada en Alma-Atá, Kazajistán fue la iniciativa que el conjunto de naciones reunidas ahí propuso como vía para alcanzar “Salud Para Todos” en el año 2000, dicha estrategia encuentra sustento en el principio de que la salud “es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos sectores sociales y económicos, además del de la salud”, OMS, *Atención primaria de salud, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, OMS-UNICEF.

En Brasil la reestructuración sanitaria se ha venido gestando, con sus altibajos, desde la década de los años setenta del siglo pasado a partir de la “construcción de un proyecto [Salud Colectiva] que se enfrentaba a la dictadura desde el área de la salud” y que con el tiempo fue transformándose en un amplio movimiento social⁹⁹ que abogaba por la creación y efectiva instrumentación de un Sistema Único de Salud (SUS) de base pública, equitativo e integral.

En este sentido, “la salud como un derecho de los ciudadanos y un deber del estado” ha sido la premisa en torno a la cual, desde su inserción en la Constitución de 1988, se ha promovido la reforma progresista del sistema sanitario brasileño, a pesar de los retrocesos¹⁰⁰ y de los movimientos contrarios a ésta y a favor de la privatización.

No casualmente se ha afirmado que en la década de los noventa el SUS tuvo que “contrarrestar procesos de naturaleza macro, que [fijaban] nuevas pautas para viejos atolladeros del sector” y que “es en el interior de las dinámicas racionalizadora y universalista, instrumentalizadas por las diversas fuerzas sociales y políticas en disputa por el control del modelo de desarrollo, que se va desarrollando el proceso de reforma sectorial” (Abrantes y Almeida, 2002: 978-980).

⁹⁹ “Alentado por el contexto de la transición brasileña, y resultado de la confluencia de diversas fuerzas sociales y políticas comprometidas con el proceso de democratización de la sociedad y con la mejoría de las condiciones de vida y salud de los diversos grupos sociales, surgió en inicios de los años ochenta el <<Movimiento por la Reforma Sanitaria Brasileña>>. [...] También fueron determinantes para la expansión del movimiento de reforma sanitaria las diversas manifestaciones de insatisfacción con la política de asistencia médica que se produjeron en diferentes momentos a partir de la segunda mitad de la década de los setenta.” Los artífices del movimiento sanitarista, “los salubristas-colectivistas también se empeñaron en revivir las Conferencias Nacionales de Salud, realizando la 8a Conferencia, en marzo de 1986, en Brasilia, con masiva asistencia y participación social. [...] El debate realizado durante la 8a Conferencia, hasta entonces inédito en el país, legitimó la victoria del ideario político-ideológico de reforma de la política de salud. En parte porque hizo posible que, a lo largo de toda una semana, los principales periódicos del país difundieran en sus primeras planas la reunión y sus debates, mientras que las mayores cadenas de televisión exhibían entrevistas con los líderes del movimiento. Así, la propuesta de reforma de la salud se tornó de dominio público. [...] La propuesta técnico-asistencial de reforma sanitaria aprobada en la Conferencia formalizó un concepto ampliado de salud -correlacionándola con condiciones de vida, trabajo y recreación- y institucionalizó (sic) la salud como derecho social. Proponía también la institución de un SUS, con acceso universal e igualitario, atención integral en todos los niveles, preeminencia del sector público y regulación efectiva sobre el sector privado, además de mecanismos de participación y control social”, (Abrantes y Almeida, 2002: 975-978)

¹⁰⁰ “Paralelamente, y de manera independiente de la discusión de la [Asamblea Nacional] Constituyente, se verificó un movimiento real de privatización del sistema de asistencia y financiamiento sectorial, como corolario de la crisis financiera de los años ochenta. Si bien los gobiernos de la “Nueva República” no lo promovieron directamente, contribuyeron con su pasividad al crecimiento del mercado privado de servicios de salud, totalmente desregulado, como una alternativa a la crisis y a su propia bancarrota” (Abrantes y Almeida, 2002: 978).

De tal manera, en contraste con lo sucedido en esa década, al despuntar el siglo XXI la dinámica universalista fue acogida por el gobierno de Luiz Inácio Lula da Silva que, mediante el Programa Más Salud: Derecho de Todos, delineó un conjunto de medidas y estableció diversas metas “con inversiones por casi noventa mil millones de reales. Los ejes de intervención [de dicho programa se basaban] en una serie de directrices estratégicas entre las que destacaban:

- avanzar en la implementación del sistema de salud universal igualitario e integral,¹⁰¹ mediante acciones que [permitieran] asociar el desarrollo económico y social;
- consolidar las acciones de promoción de la salud e intersectorialidad con la orientación del patrón de desarrollo brasileño basado en un modelo de atención centrado en la búsqueda de calidad de vida; [...]
- profundizar la regionalización, la participación social y el federalismo;
- elevar la calidad y eficiencia de las unidades productoras de bienes y servicios o de gestión en salud, y
- eliminar el subfinanciamiento del SUS siguiendo los preceptos constitucionales”(Becerril, et.al., 2011: S129).

¹⁰¹ El Sistema Único de Salud (SUS) creado “a partir de la promulgación de la Ley Orgánica de Salud en 1990 [...] tiene tres objetivos: a) la universalización de la atención sin restricciones ni cláusulas de cobertura, b) la equidad en la atención, y c) la integridad de las acciones (promoción, protección, prevención, rehabilitación y diagnóstico temprano), incluyendo la atención al individuo y la colectividad y el cuidado del medio ambiente” (Becerril, et.al., 2011: S128).

Por su parte, el modelo cubano se caracteriza por ser un sistema de salud integral, gratuito y de cobertura universal que con sus más de 50 años de existencia puede considerarse el logro más visible y perdurable de la Revolución ya que ha alcanzado importantes resultados que se reflejan en los principales indicadores de salud.

Indicadores Básicos de Salud, 2012		
	Cuba	México
Esperanza de vida al nacer	79.09	77.28
Tasa de mortalidad general	7.96	4.84
Tasa de mortalidad infantil (menos de 1 año)	4.60	13.30
Razón de mortalidad materna	33.4	42.30
Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	20	69.1
Gasto público en salud como porcentaje del PIB	10.1	2.8
Número de médicos por 10,000 habitantes (2011)	70	21.20
Camas de hospital por 1,000 habitantes	5,327	1,504

Fuentes: Pan American Health Organization (PAHO), PAHO Health Information Platform, Basic Indicator Browser, Indicators by Countries and Years, en línea: <http://ais.paho.org/hip/viz/indicatorsbycountryandyears.asp>, consultada el jueves 2 de octubre de 2014; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Panorama Social de América Latina 2013, Anexo Estadístico, en línea: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/51769/PS2013AnexoEstadistico.xlsx>, consultada el lunes 22 de septiembre de 2014.

“En Cuba el Estado regula, financia y presta los servicios de salud [que] operan bajo el principio de que la salud es un derecho social inalienable [...].

“El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) es el organismo rector del [Sistema Nacional de Salud] SNS y, por lo tanto, el encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de las

políticas [...] en materia de salud pública, desarrollo de las ciencias médicas e industria médico- farmacéutica.

“El sistema de salud cubano cuenta con tres niveles administrativos (nacional, provincial y municipal) y cuatro de servicios (nacional, provincial, municipal y de sector). Las direcciones provinciales y municipales de salud se subordinan administrativamente a las asambleas provinciales y municipales de los organismos de los gobiernos locales, de los que reciben el presupuesto, los abastecimientos, la fuerza laboral y el mantenimiento. Cada provincia conforma sistemas locales de salud en sus municipios.

“Los principios rectores del sistema de salud cubano son los siguientes: carácter estatal y social de la medicina; accesibilidad y gratuidad de los servicios; orientación profiláctica; aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica; participación de la comunidad e intersectorialidad; colaboración internacional, centralización normativa y descentralización ejecutiva.

“El SNS de Cuba cuenta con un conjunto de instituciones que tienen la obligación de garantizar el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud y brindar una cobertura al 100% de la población.

“[...] El SNS cubano garantiza el acceso a servicios integrales de salud que se prestan en unidades ambulatorias y hospitalarias. El nivel primario debe dar solución aproximadamente a 80% de los problemas de salud de la población y ofrecer las acciones de promoción y protección de la salud. [...] Estas unidades se corresponden, esencialmente, con unidades de subordinación municipal.

“En el nivel secundario se cubren cerca de 15% de los problemas de salud. Su función fundamental es tratar al individuo ya enfermo para prevenir las complicaciones y realizar una rehabilitación inmediata. Su unidad básica es el hospital de subordinación provincial.

“En el nivel terciario se atienden alrededor de 5% de los problemas de salud, relacionados con secuelas o complicaciones de determinadas enfermedades. La atención se brinda fundamentalmente en hospitales especializados o institutos [13 institutos de investigación] de subordinación nacional ” (Domínguez-Alonso y Zacca, 2011: S171, S172).

Cabe hacer mención, asimismo, de las iniciativas que se han venido gestando en países como Ecuador, El Salvador, Bolivia y Venezuela, en donde recientes reformas apuntan a la instauración de sistemas de salud solidarios de base pública.

En Ecuador la Constitución de 2008 señala que “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.¹⁰²

En El Salvador desde 2009 se han realizado diversas acciones encaminadas a la consolidación de un sistema de salud universal, único y público, entre las que destacan el incremento del gasto público en salud (75% para el primer nivel de atención y 45% para el segundo), eliminación de las cuotas de recuperación en las unidades de salud, creación de una red integrada e integral de servicios dependientes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el fortalecimiento de la infraestructura médica, incremento del abasto de medicamentos en unidades públicas (de 50% a 85% desde 2009) y con la aprobación de la Ley de Medicamentos (febrero de 2012) se ha propiciado la disminución (entre un 30-70%) del precio de los que se venden en las farmacias.¹⁰³

En Bolivia, la nueva Constitución Política de 2009 salvaguarda el derecho a la salud señalando que “El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna”, asimismo apunta que “El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad,

¹⁰² Constitución Política de la República del Ecuador, Artículo 32, Registro Oficial 449, 20 de octubre de 2008. Fuente: http://www.asambleanacional.gob.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf, consultada el 30 de septiembre de 2014.

¹⁰³ *La Reforma de Salud en el Salvador, Hacia la cobertura universal, el acceso a la atención integral y la equidad en salud*, ponencia presentada por María Isabel Rodríguez, Ministra de Salud de El Salvador en el *Coloquio Situación de la Reforma de Salud: Intervención Neoliberal y Experiencias Alternativas en Latinoamérica*, Universidad de El Salvador, San Salvador, El Salvador, 20 y 21 de enero de 2014; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Informe de Labores 2013-2014, pp. 8-11, Fuente: <http://www.salud.gob.sv/>, consultada el viernes 26 de septiembre de 2014.

eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno”.¹⁰⁴

En Venezuela la Constitución de la República Bolivariana promulgada en el año 1999 señala que “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.”

Asimismo, el máximo ordenamiento jurídico de ese país establece que “para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud. El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud”.¹⁰⁵

¹⁰⁴ Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, Artículo 18, Gaceta Oficial, 7 de febrero de 2009, Fuente: <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/view/36208>, consultada el miércoles 24 de septiembre de 2014.

¹⁰⁵ Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Artículos 83, 84, 85, Gaceta Oficial 24 de marzo de 2000. Fuente: <http://www.tsj.gov.ve/legislacion/constitucion1999.htm>, consultada el jueves 25 de septiembre de 2014.

Estas propuestas alternativas, cabe destacar, fundamentan su misión en los principios de gratuidad, universalidad, integralidad y equidad y aún cuando distan de poder ser considerados sistemas bien consolidados han ido dirigiendo sus esfuerzos en la construcción de modelos que revierten la tendencia contagiada por “la ola de reformas en salud” impulsada por el Banco Mundial a principios de la década de 1990, encaminada a fomentar la mercantilización del ámbito de la salud y a reducir los sistemas públicos de salud a meros entes asistencialistas.

En Ecuador, por ejemplo, en “2005 se creó la Secretaría Nacional de los Objetivos del Milenio, con rango de Ministerio, institución que impulsó la estrategia del Aseguramiento Universal de Salud [...]. En 2006 el Banco Interamericano de Desarrollo aprobó un préstamo de 90 millones de dólares [...] para apoyar el Proyecto de Aseguramiento Universal de Salud (PRO-AUS) que comenzaría por cubrir a la población más pobre del país y en su primera etapa mejoraría la calidad de los servicios de salud. En etapas subsiguientes se incorporaría a otras personas de escasos recursos y a trabajadores independientes. La experiencia arrancó en Quito y Guayaquil. Sin embargo, con el cambio de gobierno en 2007 hubo un alejamiento de la visión propuesta por el PRO-AUS y en 2008, con la definición del gobierno de impulsar otro modelo distinto al de aseguramiento, se dio por concluida esta experiencia” (Lucio, *et. al.*, 2011: S186).

Asimismo, se ha planteado en este país andino la creación de un sistema nacional de salud que abarque todas las dimensiones del derecho a la salud, que garantice la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; que articule los diferentes niveles de atención y promueva la complementariedad con las medicinas alternativas.

De igual manera, se ha señalado que los servicios públicos de salud deben ser universales y gratuitos en todos los niveles de atención comprendiendo los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. Se subraya que en el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública deben prevalecer sobre los económicos y comerciales, en este sentido se pondera que el Estado es el responsable de garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la

utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población.¹⁰⁶

Mientras que la Reforma de Salud de El Salvador, impulsada durante la administración 2009- 2014, es “desarrollada con el firme propósito de <<garantizar el derecho a la salud de toda la población salvadoreña>>” partiendo de la idea de que “la cobertura sanitaria universal no consiste en lograr un paquete mínimo fijo” por lo que dicha cobertura se inscribe en la Ley de Desarrollo y Protección Social aprobada por la Asamblea Legislativa como “Acceso Universal a la Salud Integral pública y gratuita”.¹⁰⁷

En Bolivia en 2006 se sentaron las bases para el “cambio de paradigma en salud de un modelo asistencial hacia un modelo basado en determinantes sociales de la salud, promoción de la salud y prevención del daño” en el marco del cual se construye “un sistema único de salud con acceso universal, respetuoso de las culturas originarias y enriquecido con la medicina tradicional; inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y descentralizado” (Ledo y Soria, 2011: S117, S118).

En Venezuela, “después de la aprobación de la nueva Constitución [1999], el Programa Barrio Adentro ha sido la innovación más importante que se ha llevado y se ha convertido en el eje central del nuevo sistema de salud del país. Con Barrio Adentro se comienza a implementar la política del gobierno de crear un nuevo Modelo de Atención Integral, que aumente considerablemente la disponibilidad de médicos y odontólogos en el primer nivel de atención, expandiendo el acceso a la atención primaria en salud de los sectores tradicionalmente excluidos” (Bonvecchio, *et. al.*, 2011: S284).

En estos países la rectoría del Estado en materia sanitaria no es meramente discursiva y su intervención en ámbitos que se estiman de interés público y responsabilidad social representa una clara tendencia verificable durante los últimos tres lustros en Latinoamérica, lo cual dota de legitimidad a los gobiernos que asumen el compromiso.¹⁰⁸

¹⁰⁶ Constitución Política de la República del Ecuador, Artículos 359, 360, 362, 363, Registro Oficial 449, 20 de octubre de 2008. Fuente: http://www.asambleanacional.gob.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf, consultada el 30 de septiembre de 2014.

¹⁰⁷ Ministerio de Salud de El Salvador (MSPAS), Informe de Labores 2013-2014, p. 7. Fuente: <http://www.salud.gob.sv/>, consultada el viernes 26 de septiembre de 2014.

¹⁰⁸ Corporación Latinobarómetro, Informe 2013, 1 de Noviembre de 2013, Banco de Datos en Línea. Fuente: http://www.latinobarometro.org/documentos/LATBD_INFORME_LB_2013.pdf , consultada el lunes 6 de octubre de 2014.

3.5 Conclusiones

En la propuesta de reforma del sector salud planteada por la titular del Ramo al despuntar el alba de la presente administración se aprecia la continuidad de la línea discursiva de lo que se ha venido promoviendo desde hace más de treinta años en el país al amparo de una visión presumiblemente sustentada en el conocimiento científico y eficientista del quehacer público.

El hecho de que la estrategia oficial pretenda universalizar el acceso a los servicios de salud a partir de la garantía de un mínimo esencial de beneficios desvinculados de la condición laboral, que considere abrir espacios para que el sector privado participe en la prestación de los servicios ligados a ese paquete básico y que contemple la creación de un ente autónomo que fiscalice dicha prestación muestra que la tónica sigue siendo la tendencia a favorecer la mercantilización del ámbito de la salud, considerada desde la óptica neoliberal un área altamente rentable.

No es extraño, en este sentido, que la iniciativa de reforma presentada por la Dra. Mercedes Juan en el Senado de la República encuentre coincidencias con las voces que estiman pertinente que la garantía del derecho a la salud se debería sustentar en el desarrollo de un mercado de la atención médica curativa.

Tampoco es de sorprender que el modelo pluralista siga tomándose como guía para dar cauce a las reformas de mercado promovidas por los organismos financieros internacionales. Modelo, cabe subrayar, confeccionado a partir del patrón tecnocrático que ha dominado en las últimas tres décadas la toma de decisiones no solo en el sector salud sino en toda la esfera gubernamental.

Así las cosas se puede decir que en el contexto del “nuevo orden mundial” alentado por el neoliberalismo y acelerado por la globalización, en las naciones con gobiernos proclives a las reformas estructurales, la salvaguarda del derecho a la salud por parte del Estado se ve cada vez más acotada a una serie de medidas “cuasi piadosas” que recrean las obras filantrópicas de las cofradías católicas, en tanto que el mercado avanza aprovechando los espacios dejados por ese “neo-asistencialismo”.

De tal talante, se puede afirmar que la reconfiguración experimentada en el sector salud durante los últimos 30 años no es otra cosa que el recuento de lo que el ajuste estructural ha y continúa significando para este importante rubro de la política social en México.

No obstante, ajuste estructural no es destino y lo que queda de manifiesto a la luz de las reformas neoliberales en salud y de propuestas latinoamericanas distintas a éstas, es la evidente contraposición de dos visiones: una en la que se promueve una mayor participación del sector privado y otra en la que el Estado es el sujeto obligado de la provisión universal de servicios integrales vía un aparato público.

4. Conclusiones Generales

En el contexto de un nuevo orden mundial moldeado por la globalización, el curso de acción impuesto por entes económicos transnacionales, así como la agenda de corte neoliberal endosada por influyentes organismos multilaterales han ido mermando *de facto* el poder soberano de los Estados-nación encabezados por gobiernos proclives a seguir las recomendaciones emitidas por aquellas instancias extraterritoriales a cambio de inyecciones de capital que ayuden a mantener a flote las débiles economías locales.

De manera que muy a menudo las decisiones que afectan a las personas se terminan tomando fuera de los linderos geográficos de los países y por lo tanto devienen en decisiones ajenas a los ciudadanos si no es que, con mucha frecuencia, contrarias a los intereses de éstos, lacerando de continuo la legitimidad de los gobiernos.

El ámbito de la salud no ha sido la excepción y según se ha visto a lo largo de este documento las transformaciones emprendidas en México desde principios de la década de 1980 no han sido otra cosa que el recuento de lo que el ajuste estructural ha significado para el sector, influido desde entonces por un grupo de profesionales de la salud que ha sabido mantener, pese a los cambios en el régimen de gobierno, el predominio que les ha permitido incidir en las políticas que han ido reconfigurando la fisonomía del sistema desde hace poco más de treinta años.

Los llamados “neosalubristas”, revestidos con un velo discursivo de cientificidad apolítica, han sabido aprovechar las oportunidades dadas por un entorno altamente favorecedor de las ideas en las que se formaron y en las que han cimentado sus propuestas de reforma. Ideas, cabe subrayar, afines a las promovidas por las organizaciones internacionales destacadamente comprometidas con esquemas pro-mercado.

No es casual que para la instrumentación del ajuste estructural en México las agencias internacionales se hayan hecho eco en voces que comparten, literal y metafóricamente hablando, el mismo idioma con el que se confeccionan las agendas de cambio.

En este sentido se ha llegado a afirmar que las reformas neoliberales ejecutadas en México no solo fueron el resultado de la disciplina impuesta por los mercados internacionales y por los requerimientos de poderosas organizaciones extraterritoriales

sino que fueron favorecidas también por un grupo de “expertos” dentro del gobierno mexicano quienes creían que las reformas de mercado eran las políticas que se debían seguir. De esta manera se dice que una vez que los tecnócratas formados en Estados Unidos se hacían del timón de la formulación de políticas se colocaban en posición de rehacer el régimen de dentro hacia afuera (Babb, 2001: 184, 185).

La reconfiguración del sector se puede decir, en este tenor, ha respondido a criterios encaminados a hacer transitar el derecho de protección a la salud de compromiso social a responsabilidad individual en el marco de una lógica mercantilista que apunta hacia el financiamiento público de un número bien definido de servicios y la provisión privada de éstos, así como de los que no estén considerados dentro de dicho financiamiento, en un afán de convertir el ámbito de la salud en un objeto susceptible de transacción, dinamizador de la economía y generador de riqueza.

El cambio estructural en salud, el programa de reforma del sector salud, las modificaciones hechas a las instituciones de seguridad social, la introducción de la protección social en salud y la integración funcional sistémica, en este sentido, se pueden considerar elementos consistentes con una óptica de aprovechamiento de lo público rentable promovida desde un orden supranacional.

Cabe destacar, no obstante, que la propuesta universalista de esta administración desarrollada en Funsalud, al subrayar la importancia de transitar de un esquema vinculado a la derechohabiencia dada por la condición laboral a un sistema basado en el criterio de ciudadanía, pareciera querer hacer eco de propuestas que en otras latitudes discuten sobre la pertinencia de establecer una “renta mínima o básica” a manera de “red de seguridad” para las personas dados los vertiginosos cambios que en tiempos recientes el proceso de globalización ha provocado en los mercados de trabajo.

Sin embargo, el paquete de “beneficios explícitos” en el que se sustentaría la llamada universalidad de los servicios de salud en México como “expresión del principio de ciudadanía” (Frenk, *et. al.*, en Solís y Villagómez, 1999: 40, 94) más que un mecanismo redistribuidor de la renta se convertiría en un elemento más de polarización social pues ahondaría la inequidad de la protección dado que se contempla que las “intervenciones no incluidas en dichos beneficios seguirían siendo financiadas a través de cuotas obrero-

patronales en la seguridad social, a través de primas de seguros privados o a través de gasto de bolsillo de las familias” (Gonzalez-Pier, *et.al.*, 2013: 216).

En síntesis, lo que creímos que el discurso sobre “el financiamiento público de la salud” representaba un botón de muestra del “golpe de timón” en las políticas de desarrollo implementadas por el Estado mexicano durante las últimas tres décadas hemos de reconocer que albergábamos una ingenua idealización, pues los hechos claramente muestran que la realidad es otra.

Esto es, el carácter público del financiamiento más allá de corregir la estratificación del ejercicio del derecho a la salud, derivada de la condición laboral y la capacidad de pago, constituye una característica central del modelo conocido como pluralismo estructurado (Frenk, *et.al.* en Solís y Villagómez, 1999: 96) que pretende garantizar al grueso de la población un paquete residual de beneficios de manera que el principio de igualdad se salvaguarde mediante la premisa de “lo mínimo para todos”, al tiempo que se fomenta la participación de la iniciativa privada no sólo en la provisión de los servicios contemplados por las “garantías explícitas” sino también en todas aquellas intervenciones no incluidas en ellas, de ahí el interés del sector privado por ampliar su participación y obtener recursos de la “bolsa pública garantizada” y de lo que los usuarios tendrían que pagar para hacer frente a las necesidades de salud no cubiertas por el “aseguramiento mínimo”.

No obstante, según se ha visto en este trabajo, ajuste estructural no es destino y lo que queda de manifiesto a la luz de las reformas neoliberales en salud y de experiencias distintas a éstas, es la evidente contraposición de dos visiones: una en la que se promueve una mayor participación del sector privado y se fomenta la mercantilización del ámbito de la salud en detrimento del bienestar social dado que se desarrolla un modelo presumiblemente universal pero en la práctica segmentado por estratos sociales de acuerdo a la capacidad de pago de los individuos y otra que revierte la tendencia contagiada por “la ola de reformas en salud” impulsada por el Banco Mundial a principios de la década de 1990 en la que el Estado es el sujeto obligado de la provisión universal de servicios integrales vía un aparato público.

Finalmente, para resumir se dirá que la presente disertación pretendió hacer un recuento de los principales cambios experimentados en el sector salud en México durante las últimas tres décadas al “amparo” de las reformas estructurales confeccionadas como traje de talla única para los países periféricos por parte de agentes económicos internacionales

que han aprovechado “la retirada del Estado” para superponerse a las jurisdicciones nacionales en un contexto donde la incertidumbre es la constante de un “mundo desbocado” redibujado por la globalización.

Cabe señalar, como nota aclaratoria, que el tratamiento de los apartados que hilvanan la crónica de la reconfiguración del sector salud no pretende hacer un análisis exhaustivo de cada tema pues, por sí mismos, cada uno podría ser abordado como materia de investigación independiente. Lo que se ha intentado hacer es hilar y contextualizar la serie de cambios realizados en el sector más allá del presumible ámbito técnico-científico y del diario acontecer del personal que operativiza las decisiones tomadas por los “maquiladores de políticas”¹⁰⁹, esto es, de los trabajadores de la salud que cotidianamente hacen cálculos, elaboran fórmulas, desarrollan algoritmos, diseñan esquemas y confeccionan los programas que han de materializar lo que jurisdicciones supranacionales conminan a reformar.

Asimismo, este trabajo ha intentado dejar constancia de que “el ajuste estructural” no es el único camino posible, pues a pesar de que en las postrimerías del siglo XX no se vislumbraba la posibilidad de presenciar un viraje en la política de supeditación político-económica de los países de la región latina del continente hacia los designios del coloso del norte y de los organismos financieros internacionales impulsores de las agendas de cambio, en la América meridional se han iniciado procesos reivindicatorios de las soberanías nacionales que nos recuerdan a todos que “el sur también existe” y que es capaz de construir su propio destino.

Aunque, vale la pena decirlo, ese no ha sido el caso de países como el nuestro en donde la tecnocracia ha echado fuertes raíces y la clase política, a pesar del cambio de emblema o color de adscripción, ha persistido en un credo que otrora defendiera el liberalismo mexicano decimonónico: emular al vecino del norte como condición *sine qua non* para alcanzar el grado de desarrollo de esa nación (O’Gorman, 1977).

De modo que se podría afirmar que para el caso mexicano, la coerción y la imitación se superponen para dar como resultado un proceso de “conformidad ceremonial” ante los designios de poderosos actores internacionales (Markoff and Montecitos 1993; Schneider,

¹⁰⁹ “Investigación maquila”, es decir, transferencia de protocolos elaborados en el extranjero, de preferencia en la Universidad de Harvard, para ser aplicados por los investigadores mexicanos en general de forma no crítica, Cfr. Raquel Abrantes, Salubristas y Neosalubristas en la Reforma del Estado. Grupos de interés en México e instituciones públicas de salud, 1982-2000, El Colegio de Michoacán, México, 2010, p.45.

1998 en Babb, 2001: 184) en un afán de conseguir fuera de los confines territoriales la legitimidad que al interior se ve cada vez más cuestionada.

No obstante, la respuesta al por qué en México la casta en el poder no compagina con los procesos reivindicatorios antes mencionados e insiste en que el ajuste estructural es el camino a seguir será motivo de otra crónica.

Bibliografía

Abrantes, *The Slow and Difficult Institutionalization of Health Care Reform in Sonora, 1982-2000*, en Homedes y Ugalde, *Decentralizing Health Services in Mexico, A Case Study in State Reform*, San Diego, California, Center for U.S.-Mexican Studies, UCSD, 2006.

Abrantes, *Salubristas y Neosalubristas en la Reforma del Estado. Grupos de interés en México e instituciones públicas de salud, 1982-2000*, El Colegio de Michoacán, México, 2010.

Abrantes y Almeida, *Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México*, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (4): 971-989, jul-ago, 2002.

Acosta, *et.al.*, *Sistema de salud de El Salvador*, Salud Pública de México, Vol. 53, Suplemento 2, 2011, pp. S188-S196.

Albert, *Capitalismo contra capitalismo*, Argentina, Paidós, 1997.

Ares de Parga, *La Descentralización Financiera*, en De la Fuente y López-Bárcena, *Federalismo y Salud en México, Primeros Alcances de la Reforma de 1995*, México, UNAM-DIANA, 2001.

Arjonilla, *Guanajuato: Invisible Results*, en Homedes y Ugalde, *Decentralizing Health Services in Mexico, A Case Study in State Reform*, San Diego, California, Center for U.S.-Mexican Studies, UCSD, 2006.

Armenta, *et.al.*, *Cobertura Universal en Salud, Efectiva, Equitativa y Solidaria. Propuesta del Sector Asegurador Privado*. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) en Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Organización Mundial de la Salud (OMS), Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México, México, OPS, 2013.

Arredondo, *Federalismo y Salud: Estudio de Caso sobre el Sistema de Salud en México*, 2001.

Avilés, *Los manicomios del poder. Corrupción y violencia psiquiátrica en México*, México, Random House Mondadori, 2007.

Babb, *Managing Mexico: Economists from Nationalism to Neoliberalism*, Princeton University Press, USA, 2001.

Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial, 1993. Invertir en salud*. Washington, D.C.: Banco Mundial, 1993.

Barba, *La reforma del sistema de salud mexicano: eludiendo la universalización del derecho a la salud* en Ramírez y Ham, Encrucijadas, prospectivas y propuestas sobre la seguridad social en México, México, UNAM-Colegio de la Frontera Norte, 2012.

Bauman, *Daños Colaterales. Desigualdades sociales en la era global*, México, Fondo de Cultura Económica, 2011.

_____ *Identidad*, Buenos Aires, Losada, 2005.

_____ *La globalización. Consecuencias humanas*, México, Fondo de Cultura Económica, 2001.

_____ *Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre*, México, CNCA/Tusquets Editores, 2008.

Becerril-Montekio, *et. al.*, *Sistema de Salud de Brasil*, Salud Pública de México, Vol.53, suplemento 2, 2011, pp. S120-S131.

Beck y Beck-Gernsheim, *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*, Barcelona, Paidós, 2003.

Beck, *¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización*, Barcelona, Paidós, 1998.

Birn, *Case Study of Mexican Health Care for the Uninsured, 1985-1996*. Informe presentado al Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C., 1996.

____ *Federalist Flirtations: The Politics and Execution of Health Services Decentralization for the Uninsured Population in Mexico, 1985-1995*, *Journal of Health Policy*, Vol. 20, No.1, 1999.

Blackburn, *El futuro del sistema de pensiones. Crisis financiera y Estado de bienestar*, Madrid, Akal, 2010.

Bobbio, *El futuro de la democracia*, México, Fondo de Cultura Económica, 2003.

Bonvecchio, *et. al.*, *Sistema de salud de Venezuela*, Salud Pública de México, Vol. 53, Suplemento 2, 2011, pp. S275-S286.

Burki, *et. al.*, *Beyond the Center: Decentralizing the State*, Washington D.C., World Bank, 1999.

Cabrero y Martínez-Vazquez, *Assignment of Spending Responsibilities and Service Delivery*, en Giugale y Webb, *Achievements and Challenges of Fiscal Decentralization. Lessons from Mexico*, Washington D.C., Banco Mundial, 2000.

Cárdenas, *Propuesta para transformar el sistema nacional de salud del Centro de Estudios Espinosa Yglesias* en Organización Panamericana de la Salud (OPS)- Organización Mundial de la Salud (OMS), Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México, México, OPS, 2013.

Castro, *Administración de Cuotas de Recuperación. Operación de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública en Tamaulipas*, en De la Fuente y López-Bárcena, *Federalismo y Salud en México, Primeros Alcances de la Reforma de 1995*, México, UNAM-DIANA, 2001.

Chossudovsky, *Globalización de la pobreza y nuevo orden mundial*, México, Siglo XXI, 2003.

Desai y Potter, Globalization, employment and development, en Desai y Potter, *The Companion to Development Studies*, Reino Unido, Hodder Education, Segunda Edición, 2008.

De Steffano, *Organización y Competencia de las Autoridades Sanitarias*, en De la Fuente y López-Bárcena, *Federalismo y Salud en México, Primeros Alcances de la Reforma de 1995*, México, UNAM-DIANA, 2001.

Domínguez-Alonso y Zacca, *Sistema de salud de Cuba*, Salud Pública de México, Vol. 53, Suplemento 2, 2011, pp. S168-S176.

Dussel, *El reto del empleo en México, Cambio estructural en el empleo durante 1982-1992*, Investigación Económica, Revista de la Facultad de Economía de la UNAM, Abril-Junio 1995, No. 212.

Farfán, *Comentarios sobre la descentralización de las políticas sociales en el México actual* en Pichardo y Hurtado (Coordinadores), (In)Justicia Social, Identidad e (In)Equidad. Retos de la modernidad, UAM-Xochimilco, México, 2010.

Flamand, *Las perspectivas del nuevo federalismo: el sector salud. Las experiencias en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí*, México, CIDE, 1997 en Homedes y Ugalde, *25 años de descentralización del sistema de salud mexicano: una experiencia para analizar*, Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá, Colombia, 7 (15): 26-43, junio-diciembre de 2008.

Frenk, *Observatorio de la Salud, Necesidades, Servicios, Políticas*, México, FUNSALUD, 1997.

Frenk y Gómez-Dantés, *El sistema de salud de México*, México, Nostra Ediciones, 2008.

Frenk, *et. al.*, *Salud: Un diagnóstico*, Nexos, México, 2004, 26 (317): 71-78.

Frenk, *et.al.*, *La Seguridad Social en Salud: Perspectivas para la Reforma*, en Solís-Soberón y Villagómez, La Seguridad Social en México, México, FCE-CIDE, 1999.

Frenk, *et. al.*, *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México*. Informe final, México, FUNSALUD, 1994.

Frenk, *et. al.*, *Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico*, The Lancet, 362: 1667-1671, November 15, 2003.

Gershberg y Jacobs, *Decentralization and Recentralization: Lessons from the Social Sectors in Mexico and Nicaragua*, Office of the Chief Economist Working paper # 379, Washington D.C., Inter-American Development Bank, 1998.

Giddens, *Consecuencias de la Modernidad*, Madrid, Alianza Editorial, 2004.

_____, *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas*, México, Taurus, 2008.

Gilbert, The new international division of labor, en Desai y Potter, *The Companion to Development Studies*, Reino Unido, Hodder Education, Segunda Edición, 2008.

González-Block, *et. al.*, *Health Services Decentralization in Mexico: Formulation, Implementation, and Results of Policy*, Health Policy and Planning, 1989, 4 (4):301-315.

González-Pier, *Federalismo en salud y reforma financiera en México* en *Federalismo y políticas de salud: descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva comparada*, Ottawa y México, Forum de Federaciones e Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (INAFED), D.F., 2003.

González-Pier, *et.al.*, *Propuesta de FUNSALUD* en Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Organización Mundial de la Salud (OMS), Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México, México, OPS, 2013.

Gutiérrez-Arriola, *El IMSS: problemática y reestructuración*, en Osorio, *et.al.*, *Seguridad o Inseguridad Social: Los Riesgos de la Reforma*, México, UNAM-TRIANA, 1997.

Held, *La democracia y el orden global. Del Estado moderno al gobierno cosmopolita*, Barcelona, Paidós, 1997.

Hernández-Trillo, *Seguridad social universal. Retos para su implementación en México*, México, CIDE, 2012.

Herrera, *Evaluación de la Política anti-inflacionaria en México 1988-1999, los problemas de estabilización*, Tesis de Licenciatura, Facultad de Economía, UNAM, México, 2000.

Homedes y Ugalde, *25 años de descentralización del sistema de salud mexicano: una experiencia para analizar*, Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá, Colombia, 7 (15): 26-43, junio-diciembre de 2008.

_____, *Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso*, Revista Panamericana de Salud Pública, 2005, 17 (3): 210-220.

_____, *Descentralización de los Servicios de Salud: estudios de caso en seis estados mexicanos*, Salud Pública, México, Vol. 53, No. 6, Noviembre-Diciembre de 2011.

Ibarra, *Reformas a la Ley del Seguro Social, 1995*, Tesis de Licenciatura, FCPyS-UNAM, México, 2002.

IMSS, *Diagnóstico*, Marzo de 1995, México.

_____, *Ley del Seguro Social*, 1995, México.

_____, *Seguridad y Solidaridad Social. Contenido de la nueva Ley del IMSS, una breve guía*. Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente, IMSS, México.

_____, *Seguridad y Solidaridad Social. Hacia la instrumentación de la nueva Ley del Seguro Social*. Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente, IMSS, México.

_____, *Seguridad y Solidaridad Social. Hacia el Fortalecimiento y Modernización de la Seguridad Social*, IMSS, México.

IMSS-Banco Mundial, *Proyecto de Reforma del IMSS*, enero de 1998.

Kiely, Global shift: Industrialization and development en Desai y Potter, *The Companion to Development Studies*, Reino Unido, Hodder Education, Segunda Edición, 2008.

Kumate, *Descentralización de los servicios de salud a población abierta: situación actual*, México, D.F., Mimeo, 1989 en Homedes y Ugalde, *25 años de descentralización del sistema de salud mexicano: una experiencia para analizar*, Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá, Colombia, 7 (15): 26-43, junio-diciembre de 2008.

Laurell, *¿Cuál Reforma de Salud? Aseguramiento Universal o Acceso Universal y Gratuito a los Servicios Requeridos* en Cordera y Fuentes, Cuarto diálogo nacional para un México social, México, UNAM, 2012.

_____, *Cobertura universal de salud ¿Aseguramiento o Sistema Público y Único de Salud?* en Ramírez y Ham, Encrucijadas, prospectivas y propuestas sobre la seguridad social en México, México, UNAM-Colegio de la Frontera Norte, 2012.

_____, *Health System Reform in Mexico: A Critical Review. Response to the Lancet Series on Mexico*, *International Journal of Health Services*, 37 (3):515-535, 2007.

_____, *La Reforma Contra la Salud y la Seguridad Social*, México, Era, 1997.

Ledo y Soria, *Sistema de salud de Bolivia*, Salud Pública de México, Vol. 53, Suplemento 2, 2011, pp. S109-S119.

Levy, *Good Intentions, Bad Outcomes. Social Policy, Informality, and Economic Growth in Mexico*, Washington D.C., Brookings Institution Press, 2008.

_____, *Seguridad social universal: Un camino para México*, Nexos, Núm. 419, México, noviembre 2012.

Londoño y Frenk, *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*, en Frenk, Observatorio de la Salud. Necesidades, servicios, políticas, México, FUNSALUD, 1997.

López-Arellano y Blanco-Gil, *La polarización de la política de salud en México*, Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, 17 (1): 43-54, jan-fev, 2001.

López-Arellano, *et.al.*, *La universalización del acceso a la atención médica y a la salud desde la salud colectiva y los derechos* en Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Organización Mundial de la Salud (OMS), Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México, México, OPS, 2013.

López-Bárcena y Real-Mata, *Avances de la Descentralización de los Servicios de Salud en México, 1995-1999*, en De la Fuente y López-Bárcena, *Federalismo y Salud en México, Primeros Alcances de la Reforma de 1995*, México, UNAM-DIANA, 2001.

López-Díaz, *La clase política mexicana: diccionario*, México, Nuestro Tiempo, La Jornada Ediciones, 2006.

Lucio, *et. al.*, *Sistema de salud de Ecuador*, Salud Pública de México, Vol. 53, Suplemento 2, 2011, pp. S177-S187.

Martínez, *La dimensión política en los procesos de reforma del sector salud*, en Frenk, *Observatorio de la Salud*, México, FUNSALUD, 1997.

Merino, *Descentralización del Sistema de Salud en el Contexto del Federalismo*, en Knaul y Nigenda, editores, *Caleidoscopio*, México, FUNSALUD, 2003.

Moreno-Brid y Ros-Bosch, *Desarrollo y Crecimiento en la Economía Mexicana. Una perspectiva histórica*, México, Fondo de Cultura Económica, 2010.

Moreno-Jaimes, *La descentralización del gasto en salud en México: una revisión de sus criterios de asignación*, DAP 95, México, D.F., CIDE, 2001.

Muñoz, *Hospital Infantil Federico Gómez* en Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Organización Mundial de la Salud (OMS), Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México, México, OPS, 2013.

Nacional Financiera (NAFINSA), *La economía mexicana en cifras*, 1995.

Narro, *Seguridad social en México, algunas propuestas* en Ramírez y Ham, Encrucijadas, perspectivas y propuestas sobre la seguridad social en México, México, UNAM-Colegio de la Frontera Norte, 2012.

O'Gorman, *México: El Trauma de su Historia*, UNAM, México, 1977.

Ohmae, *El fin del estado-nación*, Santiago, Editorial Andrés Bello, 1997.

Organización Mundial de la Salud (OMS), *Atención primaria de salud, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, OMS-UNICEF.

Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe de la Salud en el Mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*, OMS, Ginebra, 2010.

Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Organización Mundial de la Salud (OMS), *Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México*, México, OPS, 2013.

Pan American Health Organization, *Developing and Strengthening of Local Health Systems in the Transformation of National Health Systems*, Washington D.C., PAHO, 1988.

Pérez-Fernández del Castillo, *Los límites de la política en la globalización*, México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM-Miguel Ángel Porrúa, 2009.

Potter, Global convergence, divergence and development en Desai y Potter, *The Companion to Development Studies*, Reino Unido, Hodder Education, Segunda Edición, 2008.

Presidencia de la República, *Plan Nacional de Desarrollo (PND) 1989-1994*, México, 1989.

Presidencia de la República, *Plan Nacional de Desarrollo (PND) 1995-2000*, México, 1995.

Ramírez y Ham, *Encrucijadas, prospectivas y propuestas sobre la seguridad social en México*, México, UNAM-El Colegio de la Frontera Norte, 2012.

Ritzer, *The MacDonalization of Society*, California, New Century, 2004.

Sánchez, *La Administración Pública y los Programas de Combate a la Pobreza en México: 1989-2005. Análisis de tres estrategias*, Tesis de Maestría en Gobierno y Asuntos Públicos, FCPyS-UNAM, México, 2006.

Secretaría de Salud-Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Catálogo Universal de Servicios de Salud, CAUSES 2012*, México, 2012.

Secretaría de Salud-Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, *México: Hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud*, México, Secretaría de Salud, 2010.

Segall, *District Health Systems in a Neoliberal World: A Review of Five Key Policy Areas*, *International Journal of Health Planning and Management*, 2003, 18 (Supl 1): S5-S26.

Simon, *Neoliberalism, structural adjustment and poverty reduction strategies* en Desai y Potter *The Companion to Development Studies*, Reino Unido, Hodder Education, Segunda Edición, 2008.

Soberón, El cambio estructural en la salud, *Salud Pública de México*, 29:127-140, 1987.

Soberón, *et. al.*, The health care reform in Mexico: Before and after the 1985 earthquakes, *Am J Public Health*, 76: 673–80, 1986.

Solís-Soberón y Villagómez, *La Seguridad Social en México*, México, FCE-CIDE, 1999.

Steger y Roy, *Neoliberalismo Una Breve Introducción, España, Alianza editorial, 2011.*

Strange, *La retirada del Estado: la difusión del poder en la economía mundial*, traducción Josep Ibáñez, Barcelona, Icaria, Intermón Oxfam, 2003.

Tamayo, *El Fortalecimiento del Federalismo y la Descentralización de los Servicios de Salud en México*, en De la Fuente y López-Bárcena, *Federalismo y Salud en México, Primeros Alcances de la Reforma de 1995*, México, UNAM-DIANA, 2001.

Ugalde y Homedes, *La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica*, Salud Colectiva, 2008, 4(1):31-56.

Valenzuela-Feijóo, *El modelo neoliberal, contenido y alternativas*, Investigación Económica, Revista de la Facultad de Economía de la UNAM, Enero-Marzo 1995, No. 211.

Vásquez, *et. al.*, *Notas sobre la estructura y evolución del presupuesto programático ejercido por las instituciones que conforman el sector salud 1980-1987*, Salud Problema, 15: 37-46, en López-Arellano y Blanco-Gil, *La polarización de la política de salud en México*, Cad. Saúde Publica, Río de Janeiro, 17 (1): 43-54, jan-fev, 2001.

World Bank, *Decentralized service delivery for the poor*, Vol. 1, World Bank, México, 2006.

World Bank, *Decentralized service delivery for the poor*, Vol. 2, World Bank, México, 2006.

World Bank, *Mexico-Health System Reform-IMSS Adjustment Loan*, Washington, D.C., 1998.

World Bank, *The World Bank and Users Fees*, Washington D.C., World Bank, 2001.

World Bank, *World Development Report 1993: Investing in Health*, Washington D.C., 1993.

Yadón, *et. al.*, *Descentralización y Gestión del Control de las Enfermedades Transmisibles en América Latina*, Buenos Aires, Argentina, OPS, 2006.

Zabludovsky, Globalización: Un concepto polivalente en Pérez-Fernández del Castillo y León y Ramírez (Coordinadores), *El léxico de la política en la globalización. Nuevas*

realidades, viejos referentes, México, Miguel Ángel Porrúa/Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM, 2008.

Zolo, *Globalización. Un mapa de los problemas*, España, Ediciones Mensajero, 2006.

Hemerografía

Acosta, “El único ahorro que hay en México es el de las jubilaciones y pensiones, al que le echaron el ojo para un nuevo ensayo económico”: Antonio Rosado, del sindicato del IMSS, Proceso, Semanario de Información y Análisis No. 992, México, 6 de noviembre de 1995.

Acosta y Corro, “Celeridad en la Iniciativa de Ley del IMSS, que lo inclina más a las privatizaciones y lo convierte en factor de crecimiento económico”, Proceso, Semanario de Información y Análisis, No. 993, México, 13 de noviembre de 1995.

Acosta, “En el olvido, la promesa oficial de pensión digna para los jubilados”, Proceso, Semanario de Información y Análisis No. 1053, México, 5 de enero de 1997.

Acosta y Correa, “Genaro Borrego lo niega todo, El documento en inglés del Banco Mundial con disposiciones distintas a la versión en español reafirma la privatización de los servicios del IMSS”, Proceso, Semanario de Información y Análisis, No. 1118, México, 5 de abril de 1998.

Mesografía

Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de Jalisco, para la Integración Orgánica y la Descentralización Operativa de los Servicios de Salud en la Entidad”, Guadalajara, Jalisco, 18 de febrero de 1986, fuente: <http://congreso.jalisco.gob.mx/BibliotecaVirtual/busquedasleyes/Listado.cfm>, consultada el sábado 27 de octubre de 2012.

Consejo Nacional de Salud (CONASA), fuente: http://www.cns.salud.gob.mx/contenidos/1_informaciongeneral.html, consultada el sábado 13 de octubre de 2012.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Artículos 83, 84, 85, Gaceta Oficial 24 de marzo de 2000. Fuente: <http://www.tsj.gov.ve/legislacion/constitucion1999.htm>, consultada el jueves 25 de septiembre de 2014.

Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, Artículo 18, Gaceta Oficial, 7 de febrero de 2009, Fuente: <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/view/36208>, consultada el miércoles 24 de septiembre de 2014.

Constitución Política de la República del Ecuador, Artículo 32, Registro Oficial 449, 20 de octubre de 2008. Fuente: http://www.asambleanacional.gob.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf, consultada el 30 de septiembre de 2014.

IMSS-Oportunidades, fuente: http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/historia_5.aspx, consultada el sábado 13 de octubre de 2012.

IMSS-Oportunidades, fuente: <http://www.imss.gob.mx/instituto/informes/Documents/07-Capitulo%20VII%20Programa%20IMSS%20Oportunidades.pdf>, consultada el sábado 13 de octubre de 2012.

Jadín en Martínez-Domínguez, Las cofradías en la Nueva España, Centro de Estudios Históricos-Facultad de Humanidades-Universidad Veracruzana, 1977, p. 46, consultado en línea en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/7975/2/anua-lpag45-71.pdf>

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (DOF 31 de marzo de 2007), www.ordenjuridico.gob.mx, consultada el miércoles 25 de septiembre de 2013.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Informe de Labores 2013-2014, pp. 8-11, Fuente: <http://www.salud.gob.sv/>, consultada el viernes 26 de septiembre de 2014.