



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Programa de Posgrado en Ciencias Políticas y Sociales
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales
Instituto de Investigaciones Sociales
Centro de Investigaciones sobre América del Norte
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias
Facultad de Estudios Superiores Acatlán

***ANÁLISIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE
CORTE SOCIAL: EL SEGURO POPULAR EN
EL DISTRITO FEDERAL***

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN GOBIERNO Y ASUNTOS PÚBLICOS

P R E S E N T A:

JESÚS VERA SILVA

TUTOR: DR. CARLOS HUMBERTO RUIZ SÁNCHEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

*Los sueños arrasa polvos. Azuzados por
torbellinos y raíces forjados de contradicción*

*Un seco y repentino golpe en las alturas
(Casi en la azotea del cerro: Imagen urbana).
Tres mundos en perspectiva: el posible antes que
los dos primeros, erguido desde el tercero y los
subsiguientes hasta donde la miseria los permite.*

*Merced a las letras, levito frente a la desgracia
del desengaño; pero, levitando, no me reconozco
cabalmente en los chorros de tinta que desde mis
venas hacen escala en la hoja inerte de papel.*

*Es preciso plantar los pies en la tierra.
Dicen quienes prolijan, a cada paso suyo,
versos mezquinos a los sentidos de la muerte.*

*¿Qué flor silvestre brotará de unos pies
que enraizados en la tierra no probaron el
dolor del olvido que suele acompañar
al viento, pausado por el tiempo y el silencio
forzados?*

*La tierra es bella. Siempre extensa, profunda.
Allí yacen los muertos... y sus sueños.
A través de sus fragmentos se puede desarmar
el rompecabezas de quienes inevitablemente
se ausentaron de toda memoria.*

*Bien vistas las piezas, son las mismas
que integran el polvo levantado por aquellos
que alguna vez soñaron e intentaron
alzarse en vuelo con direcciones inéditas.*

*Los sueños no arriban por invitación.
Cuestan vida.
Hace falta hurgar bajo la piel para vivirlos.
Lo demás son accidentes, materia mutante.*

*La tierra, persistente e indubitable, aguarda
a quienes deseen plantarse en ella para
azuzar luego el polvo, en pos del sueño.*

ÍNDICE GENERAL

Introducción	9
Capítulo Primero	
Gobernar mediante políticas públicas en México, de la novedad a la adaptación	15
1.1 Las políticas públicas como campo de acción de la administración pública	17
1.2 La nueva gestión pública. El difícil arte de adecuar prácticas político-administrativas a contextos diversos	32
1.3 La definición de los contenidos de las políticas públicas a partir de la nueva gestión pública: por todos lados, pero ¿hacia dónde?	42
1.4 El proceso de diseño e implementación de políticas públicas	47
Capítulo Segundo	
La política sanitaria y el sector salud como expresiones de la política social en México. Aspectos históricos y consideraciones teóricas	57
2.1. La Política social. Más que un concepto, un adjetivo	59
2.2. La política social en el contexto económico y político de México: instrumental a dos piezas	71
2.3 El sector salud y la política sanitaria. Interpretaciones de una misma radiografía	86
2.4. Ubicación del sector salud y de la política sanitaria como apartados de la política social. De padecimientos crónicos	96
2.5 Curar al enfermo: La reforma del sistema de salud en el marco de la refuncionalización de la política social	104

Capítulo Tercero

El contexto institucional del seguro popular. Hacia la gestación de la política pública	113
3.1. El derecho a la salud	115
3.1.1. El derecho a la protección de la salud: Un ideal ... ¿realista? El artículo 4º constitucional	121
3.1.2. La ley general de salud	129
3.2. El plan nacional de desarrollo 2001-2006	139
3.3. El programa nacional de salud 2001-2006	147

Capítulo Cuarto

El seguro popular. Dilemas en torno a una política pública: entre la reforma del sistema de salud y el asistencialismo	157
4.1 El programa de salud para todos (Seguro popular de salud)	159
4.1.1 Objetivos	160
4.1.2 Características	161
4.2 Críticas al seguro popular de salud y reflexiones en torno a sus orígenes, pretensiones y viabilidad. La ubicación del SP como parte de la reforma del sistema nacional de salud	172
4.3 El sistema de protección social en salud. De la reformulación del seguro popular y su reafirmación como programa asistencialista	189
4.3.1 Tres visiones a cerca de los logros y avances de la primera etapa del seguro popular	191
4.3.2 El sistema de protección social en salud	195
4.4 Análisis del seguro popular como política pública	211

Capítulo Quinto

La salud en el Distrito Federal: Condiciones y política- política y condiciones ante el proceso de reforma en la entidad	229
--	-----

Índice

5.1	Breve reseña histórica del Distrito Federal	232
5.2	El proceso de reforma política hacia la Ciudad de México. En las arenas movedizas de la negociación política y la necesidad de legitimación	239
5.2.1	Antecedentes	240
5.2.2	Hacia la conformación de los órganos locales de gobierno, propios pero acotados	243
5.3	Las condiciones de salud en el Distrito Federal y el perfil socioeconómico de la entidad como su explicación causal. Contrastes, modos de vida; formas y espacios de sobrevivencia.	254
5.4	La política de salud del gobierno del Distrito Federal: gratuidad ¿a contracorriente? y ¿pretensiones de universalidad? en boga	282
5.5	Las condiciones de salud y la política sanitaria. La relación dialéctica del dúo dinámico en salud colectiva	291

Capítulo Sexto

	La implementación del seguro popular en el Distrito Federal. La relación entre la política y las políticas públicas como su marco referencial-explicativo	295
6.1	El seguro popular frente a las condiciones de salud en la entidad. De inercias, exigencias teóricas con consecuencias prácticas e insuficiencias	297
6.1.1	Enfermedad, muerte y seguro popular	301
6.1.2	La integración del seguro popular con la política social como estrategia frente a las condiciones de salud	308
6.2	Los obstáculos institucionales para la implementación del seguro popular en el D.F.	324
6.3	Los actores en el proceso	332
6.3.1	Los políticos y los científicos. Las reticencias de los actores en busca de adherencias y evidencias	333
6.3.2	Pero ¿Y la sociedad organizada?	341
6.4	Los hechos y su interpretación: La política pública en los vericuetos de la lucha por el poder	347

Capítulo Séptimo

La propuesta: un esquema para el análisis de políticas públicas de corte social	353
7.1 El análisis de políticas públicas y la realidad política. Las precisiones del caso	355
7.2 Los elementos para la elaboración del esquema	361
7.2.1 Las construcciones teóricas que explican la política pública y las que postulan sus contenidos	361
7.2.2 La argumentación e interpretación históricas como una base sólida para la explicación de las políticas públicas	366
7.2.3 El contexto institucional	370
7.2.4 La política pública. Análisis crítico de sus características, su significado, argumentación y evolución	373
7.2.5 Los problemas estructurales que restringen el alcance de la política pública. La delimitación como estrategia analítica	378
7.2.6 La implementación de la política pública. El peso de los actores en el proceso	384
7.3 El esquema para el análisis. Trazos para el estudio casuístico de las políticas públicas de corte social	388
7.4 El sinuoso camino de regreso a la realidad. Sugerencias fincadas desde el análisis para mejorar la política pública objeto de estudio	393
Conclusiones	401
Bibliografía	412

ÍNDICE DE CUADROS Y REPRESENTACIONES GRÁFICAS

Cuadros

Número de cuadro		Página
1	Cuotas semestrales originales para acceder al seguro popular de acuerdo con los deciles del ingreso	162
2	Catálogo de Beneficios Médicos	166
3	Monto de las cuotas familiares del seguro popular para los años 2005 y 2009	206
4	Evolución de la afiliación individual y familiar del seguro popular por entidad federativa entre los años 2006-2009, y total nacional	226
5	Las diez principales causas de muerte en el D.F.	260
6	Aproximación a la dinámica demográfica del D.F., 1990-2006	278
7	Servicios ofrecidos por el seguro popular frente a las necesidades de salud en el D.F., dimensionadas a partir de las principales causas de muerte en la entidad	301
8	Esquema integrado para el análisis de políticas públicas de corte social	391

Índice

Representaciones Gráficas

Número de R. Gr.		Página
I	La amplitud y la singularidad como estrategias analíticas para la aproximación a la realidad mediante el esquema	358
II	Ruta para dimensionar las construcciones teóricas que explican el proceso y los contenidos de la política pública	365
III	La argumentación e interpretación históricas como base para el análisis de políticas públicas	369
IV	El contexto institucional y la gestación de la política pública	373
V	El análisis crítico de la política pública a partir de la teoría, la historia y su contexto institucional	377
VI	La política pública y la integración de políticas frente a los problemas de carácter estructural	382
VII	La implementación de la política pública. El marco institucional y los actores en el proceso	387

INTRODUCCIÓN

La dinámica contemporánea en la que además de los problemas y rezagos seculares se verifican transformaciones relevantes, demanda de los gobiernos planteamientos y acciones capaces de darles tratamiento encauzando unas y otras hacia un estado en el que no afecten negativamente a la población.

En suma, se requiere de políticas públicas que adaptándose a esas circunstancias en proceso de cambio tengan la idoneidad suficiente no sólo para con las necesidades de sus usufructuarios sino sobre todo con las de sus destinatarios, quienes como un signo de las actuales innovaciones se convierten cada vez más en sujetos de los esfuerzos colectivos organizados.

En el campo de la salud colectiva en el país se reproduce ese cuadro signado por la transformación y la complejidad, pues de las altas incidencias de los padecimientos transmisibles se pasa a un estado de cosas en el que dichas enfermedades coexisten con las que ahora se consideran dominantes: las crónico-degenerativas. En la misma tónica se presenta una transición demográfica encaminada hacia el envejecimiento de la población, a la par de

una cobertura y una infraestructura insuficientes, más un esquema de acceso al mercado laboral en condiciones precarias que implican la no protección de la salud.

Ahora bien, entre los asuntos públicos se encuentran el gobierno, las políticas públicas y la salud colectiva como temas relevantes de la vida social, los cuales tienen no uno sino varios y sendos espacios reservados en el mundo de las disciplinas científicas, convirtiéndose entonces en objetos de estudio cuyo análisis tiene un valor tanto en el plano teórico como en el terreno práctico en la medida que los resultados obtenidos dentro de ellos son susceptibles de ser aplicados para la atención de los problemas puntuales que se presentan en la vida cotidiana. En estos campos del conocimiento, pues, análisis y realidad están interconectados.

Sin embargo, y por lo que hace específicamente a la realidad política y sus análisis, dichos ámbitos del quehacer social parecen caminar en sentidos contrarios. Por un lado las circunstancias fácticas se desenvuelven con caracteres de mayor complejidad debido, entre otras cosas, a la interdependencia que establece con otros ámbitos de la vida social así como en virtud de la multiplicación de los actores que en ella intervienen, además de la extensión de los efectos de las medidas adoptadas hacia espacios y rubros diversos, mientras que los análisis que buscan explicarla tienden a acotar sus miras sobre esa realidad mediante la delimitación de sus objetos de estudio.

La razón de ser de esta dinámica tiene que ver precisamente con la búsqueda de explicaciones más certeras de la complejidad involucrada en esa realidad, pues si se reduce la parte que de la misma se estudia se hace más asequible para fines de su comprensión, sin embargo aislar totalmente el objeto de estudio así delimitado de su contexto más general puede conducir a

la tergiversación de los hechos con una explicación sesgada de los mismos al opacar sus por qué, sus cómo, sus quién y sus para qué.

Este dilema teórico se patentiza en el análisis casuístico de las políticas públicas, pues si resulta perfectamente válido delimitar el objeto de estudio circunscribiéndolo a una o algunas de tales tecnologías que buscan encauzar los más diversos problemas sociales con el fin de comprender mejor al gobierno y optimizar su accionar, difícilmente se podrá alcanzar éste último objetivo si se encierra su explicación sólo a partir de las características propias de la política pública puesta en examen, pues tal ejercicio, a lo sumo, alcanzará para describirla mas no para analizarla.

En este marco uno de los temas relevantes cuando se habla de los asuntos públicos y de las acciones del gobierno es la política social, la cual se implementa precisamente a través de políticas públicas, entre ellas la de salud en la medida exacta en que ésta última abona directamente al tratamiento de algunos de los problemas así como al encauzamiento de ciertas condiciones que desde la estructura más profunda de la sociedad aparecen como las causas que determinan los niveles de vida de la población.

Luego entonces la política sanitaria se desarrolla dentro de los caracteres de complejidad ubicados arriba como rasgos distintivos de la realidad política y administrativa contemporánea, a la par de que su vida fáctica tanto como su estudio la ubican como una política pública de corte social, esto último por los temas y valores con los que trata así como debido a los objetivos que persigue.

Con esta precisión de las dimensiones teóricas y prácticas de la política pública sanitaria, resulta más fácil discernir la relevancia que tiene el estudio de las características que ella adquiere actualmente en el país a través del análisis del caso del seguro popular, ello ante las pretensiones

gubernamentales de cambio respecto de las políticas públicas que implementa, las cuales enfrentan una realidad que sin complejos evidencia problemas de envergadura como son la pobreza y la desigualdad junto con todas sus manifestaciones.

Pero el cuadro de los cambios más profundos se da nuevamente en la realidad, donde se pueden observar concepciones ideológicas y gestiones gubernamentales diversas en los diferentes ordenes de gobierno junto con el crecimiento del número de las organizaciones sociales y la aparición en toda su extensión de dinámicas problemáticas como la sobrepoblación, la informalidad, el empleo precario y los estilos de vida urbanos con su respectiva ocupación del espacio.

La riqueza que como objetos de estudio tienen estas características dadas en los espacios locales urbanos, tanto como su complejidad, funcionan como una invitación para delimitar el ámbito geográfico en el que se estudia el impacto de la política pública sanitaria elegida así como los problemas para su implementación. De esta manera se acaba por construir el objeto de estudio de la presente investigación: el seguro popular analizado como política pública (principalmente su gestación, diseño e implementación) dentro de los márgenes propios del Distrito Federal.

En este sentido, la hipótesis que orienta el desarrollo de la investigación establece que ante un contexto complejo que en materia de protección a la salud demanda esquemas de aseguramiento y de atención congruentes con esa realidad complicada la cual funciona como repelente frente a las tentativas de solución sencillas; es la concepción política dominante en el país la que determinó la gestación, el diseño e implementación del seguro popular, antes que los problemas reales y concretos en materia de salud colectiva a los cuales dicha concepción identifica sólo parcialmente, interpretándolos en un sentido favorable a la

mercantilización de los servicios de salud, a la vez que requirió para su materialización en el ámbito de la política sanitaria vigente la estructuración de un marco teórico-conceptual que le sirviera como justificación.

Con tal respuesta tentativa como guía, la investigación que se efectúa a continuación se divide en tres partes. La primera, compuesta de los tres capítulos iniciales, delimita y rodea el fenómeno estudiado mediante la articulación de los planteamientos teóricos con los históricos y los institucionales referentes al seguro popular como política pública dentro del contexto nacional.

De esta manera, en el primer capítulo se revisan las construcciones analíticas que explican el concepto de política pública así como los planteamientos que en general postulan sus contenidos actualmente, ejercicio del cual surgió la observación respecto de la necesidad de adaptarlas a la gestión pública tal como ésta se desarrolla en el país.

En el segundo capítulo se hace una revisión histórica tanto del sector salud como de la política sanitaria que permite establecer y comprender cuál es el papel que teóricamente les corresponde en la actualidad, así como la dinámica de sus transformaciones y las directrices que los determinan junto con las expresiones más genéricas de los problemas de carácter estructural que ambos enfrentan. Mientras que en el tercer capítulo se clarifican las reglas del juego de las que se desprende el seguro popular, mismas a las que intenta sostener en el tiempo como la expresión de una serie de intereses desenvueltos en la arena política mexicana.

La segunda parte funciona como un punto de conexión entre la que le antecede y la subsiguiente; de lo que se trata aquí es de explicar exhaustivamente la política pública en el capítulo cuarto (único componente de la sección) ubicando sus características distintivas e interpretándolas a

partir de los elementos construidos previamente durante los tres capítulos anteriores, pero también con el objeto de ver posteriormente cómo opera en la realidad local del D.F.

Así, en la tercera parte que abarca los dos capítulos siguientes se reconstruye la problemática central que en el plano local busca encauzar el seguro popular por sí mismo y en conjunto con las demás políticas sociales a través del establecimiento y desarrollo de las categorías denominadas condiciones de salud e integración de políticas. Asimismo se revisan los elementos de carácter ideológico junto con los institucionales, pero sobre todo aquellos de tipo político que operaron en contra de la implementación de la política pública en el D.F.

Bajo esta óptica, en el quinto capítulo se identifican tanto las condiciones de salud verificadas en la entidad junto con la explicación de la realidad política que en ese ámbito dio pie a la existencia de una política pública contrapuesta en alguna medida con los planteamientos del seguro popular. Inmediatamente después y como consecuente del anterior ejercicio, en el capítulo sexto se contrasta el seguro popular con las condiciones de salud locales y se aborda el tema de su implementación.

Finalmente, a partir del trabajo de investigación se perfilan bajo la forma de esquema un conjunto de trazos que pretenden servir para acercarse al análisis de las políticas públicas de corte social, como parte integrante del capítulo séptimo.

CAPÍTULO PRIMERO

Gobernar mediante políticas públicas en México, de la novedad a la adaptación

...ninguna de las elecciones de política corresponde a una manufactura puramente intelectual o de cierto análisis. Todas proceden en algún proceso político: no del cerebro sino del músculo. El análisis puede aportar una gran contribución -por ejemplo puede ajustar las alternativas o encontrar otras- pero finalmente, la elección ocurre en la, frecuentemente, horrorosa arena política.

Charles Lindblom

Los intentos para asimilar la experiencia desenvuelta en el accionar cotidiano del gobierno, entendido en su acepción restringida como administración pública, requiere de la construcción de conceptos y relaciones analíticas que aprehendan esas prácticas y que permitan identificarlas. Tales experiencias han de ser explicadas con el fin de estudiar el proceso para dar cuenta de lo que pasa en su interior en una primera instancia, pero también, en un segundo momento, con la intención de mejorarlo en la práctica.

Una de esas tentativas, que se origina en el contexto estadounidense en la década de 1950, es lo que puede denominarse como escuelas de políticas públicas. El carácter nítidamente instrumental de éstas últimas, plasmado en su dimensión de construcción analítica, pero también entendida como un medio para llegar a un fin (mejorar el desempeño gubernamental) en el terreno práctico, ponen de manifiesto que tales herramientas se desarrollarán en un contexto determinado y de él adquirirán características específicas.

Lo anterior conduce a la necesidad de establecer el alcance teórico y práctico de las políticas públicas como instrumentos de gobierno en una realidad distinta a la de su origen, con el fin de apreciar su pertinencia en un contexto como el mexicano en el que se habla comúnmente de políticas públicas cuando se hace referencia a acciones gubernamentales ligadas con las de los grupos organizados de la sociedad en pos de atender una rica variedad de asuntos públicos.

En este capítulo se aborda la ubicación y examen de las políticas públicas como instrumentos de gobierno en el caso mexicano, en donde se resalta como contenido del primer apartado la necesidad de su adaptación para estar en posibilidad de obtener lo mejor de ellas en sus dos

dimensiones: analizar el complejo accionar del gobierno y progresar en su práctica.

Para ello, en las dos secciones subsiguientes se consideran los paradigmas o modas que actualmente buscan definirlos en una determinada dirección, razón por la cual se atiende su relación con la Nueva Gestión Pública, aunque siempre limitada al caso mexicano. Como complemento, finalmente en el cuarto apartado se describe brevemente el proceso de diseño e implementación de políticas públicas. Las diferentes partes del ejercicio que describe el presente capítulo tienen como intención establecer con claridad el referente conceptual que servirá para el análisis de la política pública objeto de la presente investigación.

1.1 Las políticas públicas como campo de acción de la administración pública

La administración pública (AP) juega un papel fundamental en el desarrollo de la vida política en la que esta inmersa; sus dos facetas se complementan e integran para darle sentido, por un lado es administración en tanto técnica de operación de una organización, pero también es pública, debido a que se inscribe en el ámbito político como arena en la que se instrumentan las orientaciones que rigen en un espacio y tiempo determinados. Mas no sólo eso, sino que en ella también se definen dichas disposiciones.

Si se toma en cuenta que la política, entendida como su marco referencial, determina la función genérica de la AP y la proyecta en sus dos

orientaciones: dominación política y dirección administrativa¹, se puede entender que dicha función es

... la de regir, de instrumentar el monopolio público de la coacción, obtenida por el juego combinado de la norma jurídica y de la violencia física, la sujeción de los individuos bajo el orden existente.

En este sentido

... es su punto nodal, el instrumento impulsor y regulador indispensable a su equilibrio y a su supervivencia.²

Sin embargo, esto no significa que pueda ejercer la coacción de forma indiscriminada, sino que más bien siempre es uno de sus medios el cual queda sujeto, en el contexto de un régimen político democrático y de Estado de derecho, a un conjunto de normas jurídicas (garantías individuales), las cuales se expresan como los instrumentos que protegen los derechos fundamentales del hombre (propiedad, libertad, reunión y asociación entre otros) frente a la arbitrariedad de la acción de las autoridades, cuando ésta se dé.

Más aún, la AP busca en su operación cotidiana no recurrir a ella, mediante la manipulación u orientación de los comportamientos de los distintos actores sociales. En los dos casos lo hace a través de la producción, prestación y distribución de bienes y servicios que se erigen como respuestas ante las demandas, así como frente a las expectativas diversificadas de los gobernados.

¹ Guerrero Orozco, Omar. La dualidad de la naturaleza de la Administración Pública. Dominio político y dirección administrativa [pp. 266-272] en: *La Administración Pública del Estado Capitalista*. México, edición del INAP, 1979.

² Chevalier, Jacques y Loschack, Daniele. *La ciencia administrativa*. México. Coedición INAP-FCE. 1983, p. 37.

Pero para acercarse al concepto de AP, hay que considerar la premisa de que: "No existe una sola definición con validez universal, pero sí de aceptación generalizada que nos permite identificar el significado de administración pública, así como su objeto de estudio (materia) y su estudio del objeto (disciplina)", además de que cada definición se da en un contexto histórico que limita su alcance y su contenido.³

Así, una aproximación a la definición de la AP, de acuerdo con sus precursores (Bonnin y Von Stein, respectivamente) se da en los siguientes términos:

... es una potencia que arregla, corrige y mejora todo cuanto existe, y da una dirección más conveniente a los seres organizados y a las cosas.

Mientras que para el segundo de los autores

... esta actividad del Estado, que tiene lugar mediante los órganos estatales y constituye, por tanto, la vida propiamente exterior del Estado, es lo que se llama administración del Estado.⁴

Si bien los términos en que están enunciadas resultan genéricos, comparados con los de las definiciones actuales más rigurosas, no se puede soslayar el hecho de que se formularon en los siglos XVII y XVIII, aportando desde entonces uno de los pilares en la construcción de la AP

³ Sánchez González, José Juan. La administración pública como ciencia. Su objeto y estudio [Capítulo III, ¿Qué es la administración pública? Complejidad en la construcción de una definición, pp. 101-123]. México, coedición IAPEM-Plaza y Valdés, S.A. de C.V., 2001, primera edición, pp. 120-123. El autor llega a esa conclusión (aquí se utiliza como premisa), luego de una revisión etimológica de las voces administración y pública, así como de una exploración histórica de sus definiciones, además de las que se refieren a ella como actividad, por un lado, y las que la destacan como disciplina científica junto con las que mezclan estas dos facetas. En el plano conceptual, el autor destaca (pp. 121-122) que una definición "aceptable de AP" debe contener elementos históricos, ha ser flexible, subrayar su carácter científico, además de que tiene que combinar su aspecto práctico con su dimensión como disciplina científica y finalmente recomienda que contenga elementos que le doten de integralidad.

⁴ *Ibidem*, p. 104.

como disciplina: la comprensión de su objeto de estudio entendido como la administración del Estado y la fuerza que da dirección a los seres organizados en él y por él.

Por otra parte, entre las concepciones de la AP como actividad se encuentra la de Woodrow Wilson, quien al delimitar más su campo de acción de acuerdo con su ubicación dentro del poder público y su sujeción al derecho, la define como

... la parte más visible del gobierno; es el gobierno en acción; es el poder ejecutivo, el que actúa, el aspecto más visible del gobierno y es, desde luego, tan vieja como el gobierno mismo [...] es la ejecución detallada y sistemática del derecho público. Cada aplicación especial, particular de la ley general, es un acto de administración.⁵

Ante tal concepción, cabe hacer la acotación de que la AP no se desenvuelve aisladamente, sino que para su accionar cotidiano se relaciona con los otros poderes constituidos pero también con los que se estructuran al margen del poder formal del Estado.

En cuanto a la AP como disciplina científica, hay que hacer notar que como tal se encuentra todavía en proceso de desarrollo, donde destacan como sus caracteres propios la interdisciplinariedad, así como los esfuerzos en busca de su sistematización con el fin de establecer principios generales de los cuales se puedan obtener técnicas aplicables a los problemas públicos y administrativos que emergen desde la dinámica política.

Mientras que más recientemente, entre las definiciones más integrales de la AP se destaca como uno de sus elementos la relación que

⁵ *Ibidem*, p. 107.

guarda con las políticas públicas, a partir del reconocimiento pleno de su carácter político. En este sentido se tiene que la AP

- Es el esfuerzo cooperativo de un grupo en el marco de actividades de carácter público.
- Juega un papel importante en la formulación de la política pública y en consecuencia es parte del proceso político.
- Guarda estrecha relación con los diversos grupos privados y los sujetos individuales a la hora de suministrar servicios a la comunidad.
- Es proceso dinámico que tiene como finalidad la satisfacción de las necesidades públicas reconocidas por el Estado.
- Es un instrumento fundamental del Estado para realizar aquellas actividades que el mercado no puede o deja de hacer, pero que debido al interés público deben realizarse.
- Como parte del gobierno que genera las políticas, se encuentra vinculada a toda clase de asuntos públicos, que se manifiestan de manera concreta en los servicios que realiza el gobierno.⁶

Como se puede ver, las políticas públicas son generadas en la AP sin que, desde luego, sea la única instancia que tenga un papel a la hora de su definición, debido a que la AP es una de las partes que operan dentro del proceso político más amplio, aunque la trascendencia de su rol es insoslayable.

Bajo similar línea argumentativa, otra concepción de la AP que destaca su papel como parte del gobierno en relación con las políticas públicas dice que es

⁶ *Ibidem*, pp. 120 y 122. Los primeros tres puntos son de la autoría de Nigro, Felix A. y Nigro, Lloyd, G. *Administración Pública Moderna*. Madrid, edición del INAP, 1981, p. 36, Citados por el autor de la obra de referencia en la presente nota al pie de página (José Juan Sánchez González [2001]), de cuya autoría son los tres siguientes.

... el conjunto de operaciones encaminadas a cumplir o hacer cumplir la política pública, la voluntad de un gobierno tal y como ésta es expresada por las autoridades competentes. Es pública porque comprende las actividades que una sociedad, sujeta a dirección política, ejecuta a través de las instituciones gubernamentales. Es administración porque implica la coordinación de esfuerzos y recursos, mediante los procesos administrativos básicos de planeación, organización, dirección y control.⁷

Con las diferentes concepciones entrelazadas de la AP que se plasmaron anteriormente, es posible puntualizar de mejor manera la relación desenvuelta entre ella y las políticas públicas para ubicar y comprender éstas últimas como campo de acción de la AP: si mediante un esquema simplificado se entiende que la administración pública es la rama ejecutiva del poder público que relaciona al gobierno con la sociedad a través de políticas, se puede comprender entonces que las políticas públicas serán los productos de la AP, pero con la acotación de que su significado determinará también la orientación que sustentará ésta última en su accionar cotidiano para ponerlas en marcha.

En su carácter ordenador, las políticas públicas pueden ser ubicadas no como un instrumento aislado y sujeto al libre albedrío del gobernante, sino como una expresión directa del marco político más general en el que se desarrollan; así entendidas, expresarán en mayor o menor medida, las ideas, los valores y los intereses que proyecta la acción del gobierno como parte integrante del régimen político.

No obstante lo anterior, para poder identificar ese conjunto heterogéneo de representaciones, ideologías e intereses resulta indispensable no tener en cuenta únicamente lo que explícitamente dicen,

⁷ Anaya Cadena, Vicente (coordinador). *Diccionario de política, gobierno y administración pública municipal*. México, Coedición Colegio Nacional de Ciencia Política y Administración Pública-Gobierno del Estado de Tlaxcala, 1997, p. 9.

sino que es menester interpretarlas tanto como enmarcarlas en los demás instrumentos gubernamentales que las explican y acotan.

Si con el auxilio del principio de división de poderes (ejecutivo, legislativo y judicial)⁸ se les ubica como productos de la AP, éstas serán los lineamientos mediante los cuales se busca llevar a cabo las acciones de gobierno que le permitan cumplir con sus objetivos y metas, mediante los cuales plasma su función genérica.

Es así como en el marco de la AP mexicana, la cual organiza su gestión mediante la ley de planeación y el sistema nacional de planeación democrática, instrumentos cuya existencia se prevé en el artículo 26 constitucional, se puede identificar a las políticas públicas (concepto acuñado en los Estados Unidos de Norteamérica)⁹ con los programas que

⁸ Es el tratamiento del problema referente a encauzar funcionalmente al poder público lo que lleva a la estructuración de éste último; desde el siglo IV antes de nuestra era, Aristóteles en su obra “La Política” hablaba de la necesidad de dividir al poder, pero el planteamiento se sistematizó con la conformación del Estado moderno. Así, John Locke en “El ensayo sobre el gobierno civil” señala que el poder se divide en ejecutivo, legislativo y federativo; en tanto que Montesquieu en el “Espíritu de las leyes” plantea la necesidad de que el poder contenga al poder para evitar el abuso en su ejercicio, por lo propone su fraccionamiento en ejecutivo, legislativo y judicial. Frente a este planteamiento y de acuerdo con Rosseau, para quien el poder soberano no se divide o no es soberano, se apunta que más que una división de poderes, lo conducente es hablar de su separación orgánica y funcional con el fin de que colaboren.

⁹ La necesidad de traducción del término política pública a una realidad distinta del país en que se originó, es analizada desde las raíces etimológicas de la palabra política por Ruiz Sánchez, Carlos Humberto. *Las Políticas de Salud en el Estado Mexicano (1917-1997). Un análisis de la evolución de la administración pública de la salubridad en México* [Capítulo 1, Política y políticas (policies). Conceptos, definiciones, relación con los regímenes políticos y ubicación en los sistemas sociales, pp. 23-73]. Tesis doctoral, UNAM-FCPyS. El autor. 2001.

En cuanto a la implantación y su formalización institucional, por ejemplo Robert P. Stoker, llama la atención sobre el régimen de implementación y su influencia en el proceso de ejecución de las políticas públicas; define al primero (p. 375) como aquel que “regula las actividades del proceso. Un régimen es un ordenamiento que institucionaliza valores importantes para la toma de decisiones públicas (...) es, también un ordenamiento organizativo, que ayuda a definir y a consolidar los valores políticos que le son inherentes”. Ver, del autor: Un marco de análisis para el régimen de implementación: cooperación y reconciliación entre los imperativos federalistas [pp. 373-412] en: Aguilar Villanueva, Luis Fernando (estudio introductorio y edición). *La implementación de las políticas* [cuarta antología de política pública]. México, grupo editorial M. A. Porrúa, 2003.

tienen como marco el plan nacional de desarrollo así como los programas sectoriales de gobierno en el siguiente nivel descendente.

Este planteamiento se entiende a la luz de las características que de las políticas públicas enuncia Saúl Jiménez, luego de una revisión de diferentes autores:

- Las políticas (policies) tienen un carácter técnico/científico.
- Tienen un carácter multidisciplinario.
- Se apoyan en la experiencia y modelos comparativos.
- Implican un riguroso análisis racional de alternativas para la mejor toma de decisiones.
- Están destinadas a resolver tanto problemas contingenciales como aquellos que no lo son, además ayuda a entender problemas específicos, puntualizados y focalizados.
- Son instrumentos de negociación.¹⁰

Así pues, en la elaboración de los programas se utilizan herramientas conceptuales, experimentales y de medición en las que participan especialistas de diversas disciplinas científicas, donde se toman en cuenta tanto programas como acciones que fueron instrumentados anteriormente para atender los mismos problemas u otros parecidos, lo cual conlleva a su comparación explícita debido a la variabilidad y profundización del interés por parte de los hacedores en algunas de sus causas.

¹⁰ Citado por Ruiz Sánchez, Carlos Humberto. *Op. cit.* p. 66. La obra fuente es: Melchor Jiménez, Saúl. *Fundamentos para la definición y fortalecimiento de la política de la juventud en México*. Tesis. FCPyS-UNAM. El autor, 1999. pp.164-167. En esta última obra de referencia se aclara que los autores consultados son: Harold Lasswell, Yehezkel Dror, Fernando Basúa, Alejandro Buendía, Thomas Dye, Fred Frohock, Daniel Fiorino, Luis Fernando Aguilar Villanueva, Ricardo Uvalle Berrones, José Luis Méndez y Carlos Humberto Ruiz Sánchez.

Asimismo, antes de seleccionar el programa que habrá de llevarse a cabo se analizan las alternativas para ubicar la que esté más acorde con las necesidades que pretende atender, así como con los recursos con que se cuenta y con lo que busca el gobierno, ante lo cual dicho proceso requiere de un alto grado de racionalización para abordar los distintos caminos más los múltiples escenarios que abren las distintas opciones ponderadas.

Por la variedad de las características que poseen los problemas que atiende el gobierno y debido a la urgencia con que se presentan algunos de ellos, podrán tener un carácter contingencial como en el caso de una emergencia o ser estructurales como el caso de la pobreza entre otros, especialmente dentro de éstos últimos se tiende a optar por la búsqueda de alguno de los elementos que los causan, para atenderlo sin entrar al tratamiento de la multitud de fuentes que los originan debido tanto a los principios político-ideológicos del sistema en el que se atienden, como a la limitación real de los recursos de todo tipo con los que se cuenta para darles tratamiento.

Finalmente, debido a que involucran a grupos humanos con intereses diversos y hasta contradictorios, entre cuyas relaciones de poder media el gobierno -aunque no de manera neutral ni permanente porque se puede inclinar hacia cualquiera de los grupos sociales, que son por otra parte mucho más que dos, así como en virtud de que las decisiones gubernamentales no logran el equilibrio definitivo entre aquellos-, tanto los objetivos como los propios lineamientos de acción se negociarán de acuerdo con la correlación de fuerzas que se verifique en un tiempo y espacio determinados.

La necesidad de adaptar conceptos originados en otras latitudes para aprehender y analizar realidades diferentes se entiende al visualizar que

...una política, en el contexto “no norteamericano”, siempre será pública, porque habitualmente cuando se habla de políticas, se está hablando de las actividades del gobierno. Los estadounidenses, al contrario, su principal referencia es a las organizaciones privadas, por lo tanto, en México se tiene que especificar que “es una política privada”, como en los Estados Unidos se tiene que especificar que “es una política pública”.¹¹

Así, se puede definir la política como un curso de acción seguido por los actores para atender problemas de intereses, mientras que su carácter de pública queda determinado por el hecho de que sean tratados por cuerpos y funcionarios gubernamentales.

En este mismo sentido, Enrique Cabrero sostiene que respecto del enfoque de políticas públicas:

(...) se puede plantear una crítica al modelo por su visión muy centrada en las prácticas gubernamentales, políticas y democráticas, como las estadounidenses. Sin embargo, no por ello su uso deja de presentar interés para otras realidades políticas y culturales.¹²

Tras lo cual recomienda cautela en el manejo de las categorías además de no perder de vista la realidad política y cultural en la que se encuentra la acción pública (objeto de estudio del autor en la obra citada) en un país latinoamericano.

De esta manera se perfila la política pública, aunque de manera controvertible, como aquello que hace o no el gobierno y que afecta considerablemente a un gran número de personas, de acuerdo con Duncan

¹¹ *Ibidem*, p. 65.

¹² Cabrero Mendoza, Enrique. *Acción pública y desarrollo local*. México, edición FCE, 2005, p. 26.

Mac Rae y James Wilde, así como con Thomas Dye.¹³ Sin embargo, para Aguilar Villanueva

En estas expresiones de autores consagrados, que expresaban y condicionaban la visión de muchos colegas menores, se carecía de precisión y contundencia científica

Tras lo cual se pregunta:

¿Hay algo más genérico y extenso que interés público, decisiones y no decisiones gubernamentales, vida y actividad política?¹⁴

La preocupación al concebir de tal manera la relación entre la AP y las políticas públicas es de carácter metodológico pero también práctico, pues como sostiene el mismo autor:

Metida la administración pública a describir y explicar por qué los gobiernos toman las decisiones que toman, fue absorbida por la ciencia política con sus férreos hechos y destinos, abdicando de sus preocupaciones normativas de eficiencia y responsabilidad.¹⁵

Si bien la preocupación de la AP desde el punto de vista de su objeto de estudio así como desde la perspectiva de su accionar cotidiano no tiene porque dejar de lado cuestiones como la eficiencia y la eficacia de las políticas públicas, más las responsabilidades que se involucran en el proceso de su diseño e implementación, además de que no podría hacerlo en un contexto en el que su campo de acción se delimita y acota, después de las reformas de ajuste estructural por las que atravesó el país desde la

¹³ Ver: Ruiz Sánchez, Carlos Humberto. *Op. Cit.*, p. 65, así como Aguilar Villanueva, Luis Fernando (estudio introductorio y edición) *El Estudio de las políticas públicas*. [primera antología de política pública]. México, editorial Miguel Ángel Porrúa, 2003. p. 66.

¹⁴ Aguilar Villanueva, Luis Fernando (2003). *Op. cit.*, pp. 66-67.

¹⁵ *Ibidem*, p. 67.

década de los ochenta y cuyas consecuencias más notables para la AP fueron tanto su reducción como la exigencia de que se desempeñará eficientemente, ello no obsta para que una política pública, ubicada para su evaluación bajo dichos parámetros, sea en primera instancia lo que el gobierno hace o deja de hacer.

Y si bien es cierto que

... los últimos trabajos de Lindblom (1980) y de Wildavsky (1979:11), insistieron en que eran muchos más los problemas públicos que los ciudadanos resolvían a través de sus “ajustes mutuos” e “interacciones sociales”, sin necesidad de la coordinación gubernamental, que los que eran capaces de resolver los gobiernos a través del “análisis racional” o la “especulación intelectual” de análisis especializados.¹⁶

El hecho de que la diversificación de grupos dentro de la sociedad sea la constante en la actualidad y que éstos sean capaces de resolver por sí mismos asuntos públicos en una sociedad determinada, no quiere decir que la política pública no se identifique más con la acción u omisión gubernamentales, sino que ante los cambios verificados en la sociedad, los cuales por cierto siempre van más adelantados que la teoría, la política pública, sin dejar de ser lo que es en México, puede combinarse con diversos marcos conceptuales en aras explorar otras formas de atención de asuntos y problemas públicos.¹⁷

¹⁶ *Ibidem*, p. 69. Los trabajos a los que se refiere son: Charles E. Lindblom. *The Policy-Making Process*, Prentice-Hall, Englewood Cliff. 1980, y del cual anota que hay traducción al español en coedición INAP, Madrid- M.A. Porrúa, México; así como Wildavsky, Aaron. *Speaking Truth to Power: The Art and Craft of Policy Analysis*, Little-Brown, Boston. 1979.

¹⁷ Una construcción en este sentido la hace Cabrero Mendoza, Enrique. *Op. cit.*, [capítulo 1, La acción pública y el desarrollo urbano. Una exploración interdisciplinaria, pp.11-70]. Este autor utiliza los conceptos de gobernanza, análisis de políticas públicas, redes de política, aprendizaje de y cambio en las políticas públicas, así como el cambio organizacional e institucional para construir lo que denomina “un marco teórico que si bien es heterodoxo y ecléctico, nos provee de una caja de herramientas para construir un método de estudio de una realidad muy particular como la de la acción pública urbana en ciudades medias” (p. 14). En la construcción del marco conceptual que le permite definir la acción pública, una constante es el llamado de atención para adaptar o adecuar los conceptos que lo componen,

Además, no se puede pasar por alto el hecho de que las obras que cita Aguilar Villanueva parten como punto de referencia de la realidad estadounidense, donde la intervención gubernamental se concibe como un mal necesario ante la primacía del individuo, diferente de la realidad mexicana donde se cuenta con un larga tradición en corporativismo, a través del cual se organizó durante el siglo pasado a los diversos sectores económicos y sociales para sujetarlos tanto a las metas como a los objetivos del gobierno en nombre de lo que los grupos gobernantes denominaron la supremacía de la nación.

Si bien este esquema se modifica paulatinamente en la actualidad, en buena medida porque los grupos sociales se organizan cada vez más y mejor para atender diversos problemas, es necesario recordar que las sociedades marchan lentamente y el camino hacia un estadio más democrático donde la pluralidad social se manifieste en toda su extensión, con todas sus posibilidades en cuanto a sus capacidades de organización así como de autogestión no es seguro aún.¹⁸

De esta manera, el hecho de que afecten a un gran número de personas, más la aspiración de un régimen democrático junto con la retracción de la intervención gubernamental y la persistencia de los

a una realidad específica como la de México y más concretamente a los municipios urbanos objeto de estudio.

¹⁸ Por ejemplo Alonso, Jorge (compilador), en: *El nuevo Estado mexicano*. T.I, México, coedición Universidad de Guadalajara-Nueva Imagen-CIESAS, 1994, plantea (pp. 32-33) que: “La demoledora crisis de los ochenta liquidó las características esenciales de ese Estado, nacido de la Revolución Mexicana, el pacto social que lo sustentaba y el nacionalismo revolucionario se vieron como pesados impedimentos para acoplar la economía mexicana a los imperativos de una acumulación capitalista en el contexto de una nueva división internacional del trabajo. Si todavía no se delinearán nítidamente todas las características de este Estado diferente al anterior, hay nuevos elementos que configuran una etapa de transición. La novedad no ha implicado la desaparición absoluta del Estado precedente. Viejas y nuevas prácticas se han mezclado inextricablemente. Elementos de la configuración previa se han conservado y reforzado precisamente para garantizar los cambios”. Asimismo, prevé que en el futuro próximo se reforzará el autoritarismo presidencialista para sacar adelante lo que llama el “antipopular proyecto neoliberal.”

problemas públicos conducen a la apertura de la dirección administrativa, lo cual permite concebir a las políticas públicas ya no únicamente como lo que el gobierno hace o deja de hacer, sino que también es lo que coordinadamente gobierno y sociedad organizada hacen en aras de atender los problemas públicos.¹⁹ Más aún: la participación de la ciudadanía se erige en tiempos de mayor pluralidad, menos recursos e incremento de la complejidad, como una condición para el éxito de las políticas públicas.

No obstante lo anterior, hay que considerar el hecho de que la contribución que puede hacer dicha ciudadanía es variable de acuerdo con las condiciones de tiempo y espacio, es decir, aunque resulta indispensable, no es seguro que ella se verifique ni que lo haga constantemente, además de que el gobierno tiende a llenar los espacios que aquella no hace suyos y donde no es capaz de actuar.

Asimismo, no resulta de ningún planteamiento analítico y el gobierno cede a su fuerza únicamente en la medida exacta en que los gobernantes toman conciencia de que aquel no lo puede hacer todo por sí mismo; a final de cuentas si el gobierno se abre lo hace deliberadamente, como una medida de política pública en busca de legitimidad ante los reclamos sociales de diversa índole.²⁰

¹⁹ Al respecto, Luis Fernando Aguilar Villanueva dice: “En efecto, una política es en un doble sentido un curso de acción: es el curso de acción deliberadamente diseñado y el curso de acción efectivamente seguido. No sólo lo que el gobierno dice y quiere hacer. También lo que realmente hace y logra, por sí mismo o en interacción con actores políticos y sociales, más allá de sus intenciones”. Ver: *La hechura de las políticas. Estudio introductorio* [segunda antología de política pública]. México, M.A. Porrúa, 1992, p. 25.

²⁰ Para ver la relación que se da entre la participación ciudadana y las políticas públicas, así como el fenómeno de “contundencia” o saturación gubernamental del espacio público, véase: Uvalle Berrones, Ricardo. “La gestión pública en tiempos de intensidad ciudadana”. *Revista IAPEM*, México, Instituto de Administración Pública del Estado de México, 2003, número 54, pp.143-180.

Respecto del alcance, profundidad e irregularidad de la participación ciudadana en la función de la administración pública, léase: Crespo, José Antonio. “Cultura democrática: ¿avance o retroceso?” Sección Nacional; Columna “Horizonte Político”. México, Excelsior, 20 de octubre de 2006, p.11. Así

Así las cosas, en México, al volverse más compleja la relación entre Estado y sociedad verificada a través de las políticas públicas, éstas no dejan de ser lo que hace o deja de hacer el gobierno, aunque no cesen de delimitarse los marcos de lo que dicho gobierno pueda o deba hacer o no hacer y a pesar de lo que al respecto se piense como mejor o más justo.

Sin embargo el horizonte plantea mayor apertura en cuanto a la dirección administrativa, lo que hace necesario replantearse dicho concepto para incorporar, además de lo que el gobierno hace o deja de hacer, lo que puede o no hacer, hecho, éste último, que deriva en su coordinación con la sociedad como un imperativo en la atención de asuntos y problemas de carácter público.

Como se puede ver, el problema parece de matices: aunque la dominación política se mantenga y la dirección administrativa se exprese en un mayor número de casos que antes bajo la forma de coordinación entre gobierno y sociedad ante la complejidad de los problemas públicos, aquellos dos rasgos distintivos permanecen.

Dichas características no desaparecen en tanto que son consustanciales al ejercicio de gobierno que se hace más visible en la AP si se ubica ésta última como el gobierno en acción, de tal forma que los instrumentos a través de los que se manifiesta una faceta de dicha relación (la que va del Estado a la sociedad): las políticas públicas, éstas quedan integradas en la lógica funcional de la AP, pero por su naturaleza instrumental se amoldan en determinadas circunstancias a una manifestación más coordinada de aquella, la cual deviene de la retracción de la actividad gubernamental y de la persistencia de los problemas públicos. Gobernar es también coordinar, pero es mucho más que eso.

como Durand Ponte, Víctor Manuel. *Ciudadanía y cultura política. México, 1993-2001*. México, editorial siglo XXI, 2004, p. 133.

1.2 La nueva gestión pública. El difícil arte de adecuar prácticas político-administrativas a contextos diversos

Pero si la AP es también una disciplina social cuyos planteamientos se llevan a la práctica y de esta última alimenta su acerbo conceptual, las ideas que en un momento histórico determinado le orientan cambian, pues la sociedad y el Estado, que son el marco para su existencia también se transforman.²¹

Es así como en la actualidad se habla de la nueva gestión pública (NGP), como un paradigma para conducir la AP o una moda. Por ejemplo, David Arellano Gault plantea que

... las pretensiones retóricas de la nueva gestión pública (NGP o New Public Management en inglés), por un gobierno más eficiente que se administra de una manera más parecida a la forma en que lo hacen las organizaciones privadas, en realidad son el síntoma de un cambio profundo en el espacio social y tecnológico donde se mueve la administración pública y no tanto un cambio de paradigma en términos organizativos (Moe, 1994). En otras palabras, vista la NGP como un todo, no estamos enfrentando el surgimiento e implementación de nuevas ideas, ni mucho menos de programas y propuestas totalmente originales en el sector público.²²

²¹ Para ver la evolución histórica del objeto de estudio de la administración pública, léase: Chevalier, Jacques y Loschack, Daniele. *Op. cit.*, pp. 7-37. En líneas generales, estos autores sostienen que en términos cronológicos su primer objeto de estudio fue la administración pública, cuyo nacimiento se da en Europa de manera concomitante con la fase de construcción del Estado Nacional y que es heredero de las ciencias de policía desarrolladas durante los siglos XVII y XVIII, cuyos precursores fueron Bonnin y Von Steinz; en tanto que el segundo objeto fue el derecho administrativo, luego de la Revolución Francesa y el cual relegó a la administración pública hasta el advenimiento del Estado paternalista en el siglo XX, cuando se prestó atención sobre el aparato administrativo reconociéndose con ello la insuficiencia del derecho para abordarlo y mejorarlo; el tercero fue la organización cuya teoría, en general, surgió después de que fueran difundidas las ideas que ubicaban a la administración pública como subordinada de la política donde se destacaba la necesidad de fundamentar su análisis a partir de la observación empírica, lo cual trajo consigo, junto con la aplicación de la técnica en la producción, continúan los autores, la dificultad de discernir entre la administración pública y la gestión de empresas.

²² Arellano Gault, David (coordinador). *Más allá de la reinención del gobierno: fundamentos de la nueva gestión pública y presupuesto por resultados en América Latina*. México, [Primera parte; capítulo 1, Nueva gestión pública: ¿Dónde está lo nuevo? Bases para el debate de la reforma administrativa, pp. 5- 47, y capítulo 3 –Edgar Ramírez y Jesús Ramírez- Génesis y desarrollo del concepto de nueva gestión

Bajo la pregunta orientadora ¿Dónde está lo nuevo? la proposición del autor en cuanto a la concepción de la NGP se desarrolla en tres direcciones fundamentales: I) ir a sus fundamentos para superar su retórica, II) trascender el planteamiento gerencialista que asimila la AP con la administración privada y, III) puntualizar la necesidad de adaptar o traducir los planteamientos a un contexto ajeno al de su origen.

En el primer sentido sostiene que los fundamentos de la NGP son el neoinstitucionalismo económico, que parte del supuesto de un comportamiento egoísta de los actores, así como del concepto de free riders (“gorriones”) quienes no pagarán por un bien que de cualquier forma disfrutarán, retomando –del campo de la economía- “doctrinas claves para el sector público y su reforma” como son:

- competencia en vez de monopolio,
- transparencia en vez de subsidios escondidos
- estructura de incentivos más que modernización administrativa perenne

La otra vertiente es el gerencialismo -que se retoma del sector privado-, el cual se ubica en la dimensión organizacional y recupera los siguientes planteamientos para incorporarlos:

- traducir las estructuras en sistemas de comportamiento gerencial
- movilizar la competencia más en la búsqueda de un nuevo ethos para la burocracia que en la generación de “celdas” dinámicas donde la burocracia ya no pueda escapar de la vigilancia.²³

pública. Bases organizacionales para el replanteamiento de la acción administrativa y su impacto en la reforma del gobierno, pp. 99-152]. Coedición Cámara de Diputados LIX Legislatura-CIDE-M.A. Porrúa. 2004. p. 13. En este último apartado se dice (p.128) que lo novedoso es la mezcla de conceptos.

²³ *Ibidem*, p. 32.

En síntesis de lo que se trata es de reducir las funciones del gobierno (competencia en vez de monopolio, eliminación de subsidios, transparencia e incentivos), para reconfigurar las relaciones que éste sostiene con la sociedad en aras de que tanto la eficacia como la eficiencia, según este planteamiento, en la producción y distribución de los bienes se logre con base en un sistema de incentivos que llevaría a todos los participantes, uno de ellos el gobierno (despojado de muchas de sus herramientas para comunicarse con la sociedad) a que participen y se coordinen, donde la manera de lograrlo es la conformación de un marco institucional que logre tales cometidos.

Por otra parte, pero a tono con el anterior planteamiento se postula la estructuración de una burocracia que requiere ser organizada de tal manera que el principio motor de su comportamiento sea la competencia, además de los mecanismos suficientes para que esté vigilada en su desempeño.

En cuanto al punto número II (trascender el modelo gerencialista que pretende implantar en la AP los esquemas de la administración privada)²⁴, es necesario señalar una noción básica que diferencia la esencia de una y otra: mientras que la primera tiene como objeto la dominación política junto con la dirección administrativa, y como objetivo el bienestar

²⁴ Hay que recordar que el planteamiento se remonta a los clásicos de la administración, por ejemplo Henry Fayol (1841-1924), sostiene que hay una sola ciencia administrativa, válida tanto para el sector público como para el privado. Ver del autor: *Administration industrielle et générale*. reed. Dunod, 1916. Citado por Chevallier, Jacques y Loschack, Daniele. *Op. cit.*, p. 18.

Asimismo, resulta interesante observar que uno de los principios fundamentales de la administración que enuncia Fayol a principios del siglo pasado es la subordinación del interés general al interés individual (si bien atenuado por otro: el de solidaridad; otro más es el de centralización), el cual tienen concordancia directa con uno de los supuestos del enfoque gerencialista, que retoma dicha perspectiva de William Niskanen [*Bureaucracy and representative government*, Chicago, Aldine, 1971] y Oliver Ostrom [The intellectual Crisis in American Public Administration, The University of Alabama Press, 1974] según el cual “las estructuras de la administración pública se mueven en una dinámica de actores políticos y burocráticos que defienden sus intereses a partir de una visión oportunista y calculadora”. Al respecto, ver: Arellano Gault, David. *Op. cit.*, p.23.

de los gobernados; la segunda busca maximizar la ganancia, teniendo como objeto configurar la mejor forma de organización en aras de obtener dicha rentabilidad.

No obstante meridiana asimetría, el problema se complica cuando se tiene en cuenta el hecho de que las empresas adquieren un poder capaz de poner en predicamento el poder soberano de algunos Estados²⁵ (por cierto no el de los más industrializados y ricos). Además, hay que considerar que representan un elemento central tanto para la creación de empleos como para la producción y distribución de bienes pero sobre todo para la recaudación de impuestos, los cuales se erigen desde luego como factores indispensables para sostener cualquier Estado.

A tal grado es el peso político de los propietarios del capital, que las políticas públicas se pueden concebir como la tutela, reconocimiento y legitimación por parte del gobierno, de asuntos que los intereses ya sean privados o sociales logran colocar en ese pedestal.

Así pues, el resurgimiento de la iniciativa privada verificada en buena parte del mundo durante los últimos treinta años en conjunción con el predominio de ideas liberales explican, aunque sea parcialmente, la pretensión de adoptar los principios de organización, funcionamiento y los objetivos de la administración privada a la pública.

²⁵ Por ejemplo en Villamil, José. (compilador). *Capitalismo transnacional y desarrollo nacional*. México, FCE, 1981, p. 81, se apunta que “la maximización de las utilidades también se logra en el plano global y respecto de las empresas en su conjunto. Esto se ha hecho posible porque las empresas transnacionales transfieren bienes intermedios y de capital, recursos financieros, tecnología, personal e información a través de las fronteras nacionales –en un plano transnacional– pero dentro de los límites de su organización. (...) La tendencia de estas empresas es a independizarse del funcionamiento de los mercados como mecanismo relacionador de unidades de producción y consumo independientes, y remplazarlos mediante la integración de estas distintas unidades dentro de una sola organización y bajo el mando de una sola estructura de decisiones, de tal modo que la planificación para toda la organización sustituya a los mercados”.

Otra razón que se encuentra íntimamente relacionada con la anterior resulta de su origen, pues no se puede olvidar que “nació fundamentalmente de una tradición analítica y de un contexto político particulares.”²⁶ En los que, como ya se apuntó arriba al hacer notar la necesidad de adecuación del concepto políticas públicas en México, la intervención gubernamental es concebida como un mal necesario.

En este sentido, hay que acotar con Michael Barzelay que

La nueva gestión pública (New Public Management) es una fórmula sintética utilizada regularmente por especialistas y profesionales para referirse a los temas, estilos y patrones distintivos de la gestión de la función pública que tomaron delantera durante las dos últimas décadas, especialmente en el Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda.²⁷

De esta definición destaca su ubicación en el lenguaje técnico utilizado por los especialistas en la materia, así como su referencia explícita al tipo o forma de manejo que se hace de la AP a la cual la NGP no sustituye, además de la delimitación del espacio geográfico en el que aparecieron sus planteamientos trascendiendo hacia el terreno práctico.

En cuanto a los rasgos característicos de la proposición gerencialista, se pueden hallar más precisamente en el lenguaje y los elementos que según David Osborne y Ted Gaebler, son comunes entre los “gobiernos empresariales”:

- Promueven la competencia entre proveedores de servicios
- Capacitan y facultan a los ciudadanos para que controlen a la burocracia
- Miden el rendimiento en función de los resultados y no de los gastos

²⁶ Arellano Gault, David. *Op. cit.*, p. 33.

²⁷ Barzelay, Michael. *La Nueva Gestión Pública. Un acercamiento a la Investigación y al Debate de las Políticas*. México, edición del FCE, 2003, p.16. Citado por Sánchez González, José Juan. *Gestión pública y governance*. México, edición IAPEM, 2006 [segunda edición], p. 48.

- Se inspiran en misiones, objetivos y metas para dejar de regirse por reglas y regulaciones
- Redefinen a sus usuarios como consumidores o clientes, al ofrecerles opciones
- Previenen problemas antes de que se presenten
- Descentralizan la autoridad a través de la gestión participativa
- Prefieren los mecanismos de mercado a los burocráticos
- Catalizan la acción de los diversos sectores para resolver sus problemas comunitarios, antes que suministrarles servicios públicos.²⁸

Pero los autores aclaran los límites de sus planteamientos cuando más adelante señalan, luego de ubicar las diferencias entre las dos organizaciones, que “el gobierno no puede funcionar como una empresa (...) en el gobierno, la teoría de la empresa no es suficiente.”²⁹

²⁸ Osborne, David y Gaebler, Ted. *La reinención del gobierno. La influencia del espíritu empresarial en el sector público*. España, editorial Paidós, 1997 [Leer particularmente la Introducción titulada: Una perestroika norteamericana, pp.25-54]. Para estos autores, no se trata de principios teóricos, sino de elementos que se observan en el funcionamiento y práctica de los gobiernos locales y municipales “emergentes” en los EE.UU., ante la crisis fiscal de los años 70 provocada por la intervención desmedida del gobierno. Los autores desarrollan cada uno de dichos elementos a través de los capítulos que componen la obra. David Arellano Gault es particularmente crítico con esta concepción, nótese ello desde la referencia directa que hace mediante el título de su obra, donde sugiere ir *más allá de la reinención del gobierno*, mediante la superación de la retórica de la NGP y su adaptación a contextos distintos a los de su origen.

²⁹ *Ibidem*, p.52. Las diferencias entre empresa y gobierno que encuentran son: el móvil de los líderes en el segundo es la reelección mientras que en el sector privado es el beneficio económico. Y respectivamente, la fuente de financiamiento son los contribuyentes o los clientes, su forma de organización típica es el monopolio contra la competencia verificada en el caso de la empresa; asimismo, los administradores públicos responden a los grupos de interés según sea la influencia que éstos últimos ejerzan en los políticos a diferencia de los administradores privados. Además, como el dinero proviene de los contribuyentes, éstos intentan controlar a la administración pública, lo cual no pasa con las empresas privadas que requieren de una inversión con riesgo para quien la realiza, pero también si el gobierno es democrático y abierto será más lento para la toma de decisiones y ejecución de sus lineamientos, lo que no pasa en la empresa (recuérdese el principio de centralización de Fayol), y por todo ello concluyen que el gobierno no puede alcanzar la misma eficiencia que la empresa privada.

La consecuencia lógica de estos argumentos, que tienen cada uno de ellos elementos de verdad, sería que se debe retraer la actividad o intervención gubernamental porque es menos eficiente que las empresas privadas, sin embargo resulta necesario hacer una aclaración para no caer en equívocos causados por la ligereza o por la predestinación con la que se observa; así John Donahue [*La decisión de privatizar*. Buenos Aires, editorial Paidós, 1991] después de hacer una revisión de varias experiencias de privatización en los EE.UU., llega a la conclusión de que la complejidad administrativa es inherente a las

A partir de lo señalado hasta aquí, se puede decir que las diferencias consustanciales entre las organizaciones públicas y las privadas son tales que justifican y hacen indispensable la adecuación de los conceptos e instrumentos que por moda o necesidad se intente implantar en las primeras, lo cual conduce a dos cosas:

- a) la naturaleza que tenían tales planteamientos en la administración privada se diluye;
- b) después de analizar la pertinencia de su adaptación y si efectivamente se intenta implantarlas, es necesario ponderar su alcance para evitar falsas expectativas tanto de gobernantes como de gobernados, lo cual contribuye a ubicar un "Estado con los pies en la tierra" o, en otras palabras, un "Estado moderno y modesto".

En síntesis y siguiendo a Les Metcalfe, de lo que se trata es de trascender la imitación respecto de la administración de empresas, a la vez que se asume el desafío de innovar mediante el desarrollo de "nuevos métodos de gestión que respondan a las necesidades propias del Estado".³⁰

Una vez que el análisis está centrado en el tema de la adaptación de los modelos administrativos, resulta pertinente aclarar el alcance de la NGP

tareas públicas y no a las organizaciones públicas. De tal manera que el simple hecho de que su tratamiento pase a empresas privadas o que se les atienda con técnicas surgidas y aplicadas en éstas últimas no hará que automáticamente ello se haga con mayor eficacia y eficiencia.

³⁰ El autor sostiene extensamente al referirse a los problemas de la imitación, la adaptación y las necesidades de innovación respecto de los modelos de gestión pública: "La gestión pública debe reconocerse como el principal ámbito de innovaciones creativas de la teoría y la práctica de la gestión. Los gobiernos, casual o deliberadamente, tienen problemas de gestión mucho más difíciles de los que pueda tratar de superar cualquier empresa. Si la base de la reforma de la gestión pública ha sido hasta ahora la imitación de la administración de empresas, el desafío que se presenta en los años noventa es emprender el camino de la innovación desarrollando nuevos métodos de gestión que respondan a las necesidades propias del Estado". El original: Metcalfe, Les. "La Gestión Pública: de la Imitación a la Innovación". En Losada I. Marrodán, Carlos. *¿De Burócratas a Gerentes? Las Ciencias de la Gestión Aplicadas a la administración del Estado*. Washington, Banco Interamericano de Desarrollo, 1999, p.48. Citado por Sánchez González, José Juan [2006]. *Op. cit.*, p. 268.

en México, así como las características propias de dicha concepción que pretende ser otra forma de manejar la AP, pues bajo una óptica pragmática dicha noción también es un conjunto de ideas que orientan, si se quiere parcialmente, el accionar de la AP en el país.

Pero antes hay que recordar que, como quedo claro arriba, la NGP tiene que trascender la simple transposición de conceptos y elementos de la administración privada; para lograr tales cometidos es importante apuntar que:

Así como el punto de partida de la NGP en los países anglosajones ha sido liberar a la burocracia de la sobrerregulación, dándole un sentido a la acción gubernamental más técnico por resultados y dirigido a la sociedad (evaluado por la atención al “cliente”), en países como México estos principios van acompañados de una serie de objetivos de mayor alcance: evitar que la administración pública sea la arena política del régimen, estableciendo los mecanismos institucionales para separar la carrera política de la administrativa, asegurando un nivel alto de vigilancia política y social sobre las acciones del aparato administrativo.

De lo que se trataría, según esto, es de ubicar la AP

... en un espacio social distinto: del espacio de representación social clientelar a la caja de resonancia de los intereses sociales y de la toma de decisiones de política pública.³¹

Ante la pregunta ¿Por qué la NGP tomó esa orientación en México? Se tiene que responder a la luz de las características propias de la AP en el país: mediante este enfoque se busca seguir y alcanzar los patrones que “su par” en los países anglosajones describió en diferentes momentos de su desarrollo.

³¹ Arellano Gault, David. *Op. cit.*, p. 41.

En otras palabras, se proyecta más allá de sus planteamientos originales y para lograrlo se le utiliza a la vez para superar lo que de acuerdo con el modelo son sus deficiencias. Aún más: se implantan de manera un tanto contradictoria, aspectos que en los países de origen se busca erradicar, como ejemplo de tal aseveración está la pretensión de liberar de la regulación excesiva a las burocracias, lo cual implica flexibilizar sus servicios públicos de carrera que es lo que sucede en EE.UU. e Inglaterra, mientras que en México se instauró formalmente dicho servicio en el año 2003 con el objeto, entre otros, de separar la carrera política de la administrativa.³²

Frente a las limitantes evidentes de este planteamiento, al que se puede ubicar como la primera fase de la NGP, el Centro Latinoamericano para el Desarrollo (CLAD), plantea la adaptación del modelo a la condiciones de la región, para lo cual se tienen que tomar en cuenta las condiciones sociales, políticas y económicas de la misma, así como los problemas estructurales que se arrastran desde hace mucho tiempo. Al respecto propone:

- 1) La consolidación de la democracia; 2) la necesidad de retomar el crecimiento económico; 3) la reducción de la desigualdad social; y 4) promover la reforma gerencial del Estado latinoamericano.³³

³² Al respecto, véase Haro Bélchez, Guillermo. *Servicio Público de carrera*. [Capítulo II, Función pública comparada, pp. 79-137] México, Coedición INAP-M. A. Porrúa, 2000.

³³ Sánchez González, José Juan [2006]. *Op. cit.*, p. 105. La fuente que el autor toma como base para analizar las propuestas del CLAD es, dice en la página 104, “Una Nueva Gestión Pública para América Latina”, el cual fue preparado por el consejo científico de dicho organismo en 1998. Asimismo, el investigador sostiene que dicho postulado del CLAD es el tercer modelo de nueva gestión pública que se estructura; el primero sería el gerencialista que se puede ubicar como la reinención del gobierno y el modelo posburocrático, a los que el autor denomina trabajos difusores de la práctica gubernamental que se dio en llamar nueva gestión pública.

El segundo es el de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que en términos generales plantea como líneas directrices: a) “orientación marcada hacia los resultados, en términos de eficiencia, eficacia y calidad del servicio público; b) la pretensión de sustituir formas de organización jerarquizadas y fuertemente centralizadas, en un contexto cada vez mayor de gestión descentralizada; c) exploración de soluciones diferentes en la prestación directa de los servicios y de una

En este último planteamiento, más cercano a las necesidades de la realidad mexicana, los cuatro elementos aparecen interrelacionados y son interdependientes, donde la denominada reforma gerencial debería llevar a la reconstrucción de la capacidad estatal mermada frente al proceso de globalización, con la aclaración puntual de que ella se erigiría solamente como un medio para lograr los tres primeros planteamientos, mismos que se pueden entender como los objetivos por alcanzar.

Dentro de esta interpretación de la NGP, la reforma gerencial del Estado en América Latina sale de sí misma para conectarse teóricamente con fines más vastos que la enlazan de lleno con la sociedad. Así, se vislumbran las pretensiones de la NGP como un paradigma para la operación de la AP, pero que trasciende el ámbito propio del aparato gubernamental. Al respecto, Owen Hughes señala holgadamente:

El advenimiento de la nueva gestión pública –o del gerencialismo- marca alguna diferencia básica respecto a las reformas administrativas anteriores. La nueva gestión pública es mucho más clara respecto a la teoría y los programas de actuación que los desafortunados intentos anteriores de recortar los costes. En vez de ser una especialización técnica dentro de la administración pública, como fue la vieja gestión pública, la nueva gestión pública (NGP) apunta hacia la sustitución del modelo tradicional. En vez de intentar reformar el sector público, la nueva gestión pública representa una transformación del sector y de las relaciones entre el gobierno y la sociedad.³⁴

reglamentación directa por el Estado (privatización, desreglamentación, subcontratación); d) la búsqueda de la eficiencia en los servicios públicos prestados directamente por el sector público; y, e) reforzamiento de las capacidades estratégicas del centro del gobierno, de manera que conduzca a la evolución del Estado.” (p.98).

El documento del CLAD se encuentra reproducido en: *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, año XLIV, núm. 175, enero-abril de 1999. México, edición FCPyS-UNAM, pp. 225-255.

³⁴ Hughes, Owen. “La Nueva Gestión Pública”. Brugué, Quim y Subirats, Joan (comps). *Lecturas de Gestión Pública*. Madrid, INAP, Boletín Oficial del Estado, 1996, p. 111. Citado por Sánchez González, José Juan [2006]. *Op. cit.*, p. 49.

No obstante lo anterior, su aplicación a la práctica administrativa fue diferente de acuerdo con las diversas latitudes, de tal manera que se puede entender con claridad el derrotero que actualmente sigue la NGP con todas sus contradicciones:

El término Nueva Gestión Pública ha comenzado a utilizarse para englobar un conjunto de políticas que provienen de la gestión privada y que basan su premisa en la búsqueda de eficiencia, eficacia, economía y la ética. En suma, la nueva Gestión Pública no trata de reforma a la administración pública, sino de una transformación de manera radical, particularmente en los países anglosajones. En los demás países, las políticas de Nueva Gestión Pública han sido implementadas de manera parcial y marginal.³⁵

En buena medida, esta es la razón por la que en México la experiencia que se puso en práctica fue la que se ubica como reinención del gobierno, aunque también de una manera limitada como se puede cotejar a partir de la relación de políticas que se implementan en el país, entre las que se encuentra el seguro popular como se verá más adelante.

1.3 La definición de los contenidos de las políticas públicas a partir de la nueva gestión pública: por todos lados, pero ¿hacia dónde?

Como se apuntó en su momento, el modo en que el Estado se relaciona con la sociedad en una de sus facetas es la AP, lugar en el que se proyecta la función gubernamental tanto de dominio político como de dirección administrativa, asimismo se dijo que la manera en que aquella opera es a través de políticas públicas que representan esos dos momentos.

³⁵ *Ibidem*, p. 50.

Ahora bien, dichas políticas públicas tienen una orientación que plasma intereses e ideas que les dan sentido y las determinan, esto es, responden a la ideología que sustenta el gobierno en un espacio y tiempo determinados; de ahí la importancia de ligar una concepción (la que se perfila en la actualidad) acerca de la forma en cómo debería operar la administración pública (NGP) con los instrumentos a través de los cuales aquella maniobra.

Para llevar a cabo tal ejercicio analítico resulta indispensable, primero, saber cuáles son las propuestas que dicha idea retoma y propone en su dos primeras fases (supra, nota al pie de página número 33). Tales medidas son:

- Recortes presupuestales (cuyo origen está en casi todas las escuelas de políticas públicas)
- Privatización (derivada de las escuelas gerencialistas)
- Separación de la provisión de la producción (proveniente de la escuela de la nueva economía política y de Ostrom)
- Subcontratación (producto de la corriente de la elección racional y de la nueva administración pública)
- Cargos a los usuarios y uso de vouchers (de la escuela de la elección pública)
- Concepto de cliente (nueva administración pública)
- Competencia entre las agencias del sector público (originada en la escuela de la elección pública)
- Libertad para manejar los recursos (postulado por los modelos de organización más orgánicos)
- Separación de política y administración (de la escuela clásica de la administración pública)
- Descentralización (con muchos seguidores en varias de las corrientes enunciadas)
- Evaluación por resultados (análisis de políticas y nueva administración pública)

-
- Medición de resultados –indicadores- (retomada por la mayoría de las corrientes)
 - Planeación estratégica y nuevo estilo gerencial (resultado del estudio de las organizaciones y la teoría del agente principal)
 - Democratización y participación ciudadana (de la llamada nueva administración pública).³⁶

Como se puede ver, se trata de un enfoque ecléctico que surge de corrientes y enfoques variados que tienen en común, muchos de ellos, la pretensión de novedad así como de modernidad tal como lo hace la propia NGP, ante los cuales hay que pensar con reserva, pues en términos de Michel Crozier

...las críticas siempre pretenden poseer mejores conceptos de modernidad que oponer a los de la gente en el poder. Pero, a su vez, cuando alcanzan el poder, sus ideas inteligentes, sea cual sea su valor intrínseco, parecerán con la aplicación igualmente ineficaces.³⁷

Reservas aparte, lo crucial para efectos de este trabajo es que algunas políticas públicas que se llevan a cabo actualmente en México se corresponden cabalmente con las propuestas retomadas y a su vez planteadas por la NGP, por lo menos en sus primeras dos etapas que son más propias de realidades socioeconómicas diversas a la mexicana.

Como ejemplos de tal aseveración están: privatizaciones sostenidas desde el sexenio 1982-1988 hasta el actual, descentralización de sectores completos de la AP como son salud y educación (de 1986 a 1996 y 1984 a 1997 respectivamente), pretensión de construir indicadores para evaluar el desempeño de unidades administrativas y la promoción de la planeación

³⁶ Arellano Gault, David. *Op., cit.*, p.128, nota al pie de página número 21.

³⁷ Crozier, Michel. *Estado modesto, Estado moderno*. México, edición del FCE, 1989, p.85.

estratégica (Programa Nacional de Combate a la Corrupción y Fomento a la Transparencia y el Desarrollo Administrativo [PNCTDA] 2001-2006 (p.33); subcontratación de servicios (exploración y perforación de yacimientos en la paraestatal Petróleos Mexicanos, considerada área estratégica) y también cargos a los usuarios como en el caso del seguro popular.

Asimismo, se plantean formalmente en los instrumentos de gobierno otros tantos postulados como son la participación ciudadana y la democratización (ver Ley de Planeación –Artículo 20-, Sistema Nacional de Planeación Democrática –foros de consulta-, ambos de 1982 y el mismo PNCTDA, publicado en 2002).

Es importante rescatar de esta última muestra, la distancia en años respecto de los documentos referentes a la planeación, pues resulta evidente que los mismos no se sustentaron en la NGP, que es, cronológicamente hablando, un planteamiento que llegó a México años después porque es, él mismo, posterior.³⁸

En virtud de ese dato, se pueden formular las siguientes preguntas: ¿Qué tanto determina la NGP las orientaciones de las demás políticas

³⁸ Sin embargo, resulta interesante la coincidencia en ambos casos de un elemento que les subyace: el liberalismo -aunque en el caso mexicano se verificó no en su sentido original y positivo de primacía del individuo, sino como una derivación o consecuencia lógica del anterior, que es la retracción de la actividad gubernamental-, en el caso de la NGP se nota en varios de sus postulados, pero más en aquellos orientados a la retracción de la actividad económica gubernamental, mientras que la reforma constitucional (Artículos 25, 26, 27 y 28) y legal que dio entrada formal en México al planteamiento de la planeación, se puede interpretar como el mecanismo capaz de darle regularidad y permanencia mediante la ley así como hacer explícitas las facultades económicas del Estado mexicano que en la práctica ya figuraban entre sus funciones, lo cual coincide temporalmente, por otro lado, con el ajuste estructural y los inicios de la liberalización de la economía nacional. En esta etapa de transición resultaba indispensable definir con claridad los alcances y los límites de la intervención económica del Estado mexicano para posteriormente iniciar, fundamentar, justificar y dar sustento legal al proceso liberalizador; tampoco se debe pasar por alto el hecho de que es producto de la crisis económica que golpeó el poder adquisitivo de los salarios, frente a lo cual Miguel de la Madrid Hurtado prometió a los líderes obreros una participación abierta en el proceso de definición de las políticas a través de su inclusión en los foros, en el marco de la planeación. Respecto de los compromisos de campaña de quien fuera presidente de México entre 1982 y 1988, véase: Esteve, Hugo. *El sector social de la economía en México*. México, Instituto de Proposiciones Estratégicas, 1991, pp. 65 y ss.

públicas que se citaron como ejemplos y otras que siguen las orientaciones identificadas? ¿No es acaso el planteamiento desarrollado a partir del principio del liberalismo, según el cual ante la primacía del individuo y su libre competencia en el mercado es necesaria la retracción gubernamental para la eficiente asignación de recursos, el que las determina? ¿O fue la necesidad real de una serie de problemas en México lo que trajo esas formas de resolución?

En particular, dichos cuestionamientos adquieren significado cuando se habla del seguro popular, pues en líneas generales todo seguro funciona mediante el pago adelantado y periódico de una cierta cantidad de dinero a través del tiempo, de tal manera que cubre al asegurado ante el riesgo cuando el hecho que lo actualice ocurra.

En realidad la respuesta tiene que ver tanto con los planteamientos del liberalismo que subyacen en la NGP, como con la forma en que México, agobiado por las crisis económicas, asumió el proyecto liberal en el sentido de la retracción de la intervención gubernamental desde 1982. De esta manera, se puede aseverar que:

- 1) La concordancia total entre algunas de las políticas públicas en México y los postulados que retoma y promueve la NGP no son producto de una mera coincidencia
- 2) El hecho de que el liberalismo sea (con sus variaciones que responden a las características particulares de la realidad mexicana), a la vez el paradigma que se sigue en el país y uno de los sustentos fundamentales de la NGP, dificulta otorgar un valor inequívoco a la relación que se describe en el punto anterior; pero,

- 3) Cualquiera que sea el grado de determinación entre la NGP y las políticas públicas implementadas en México, se puede notar que aquella ofrece un sustento analítico o un marco conceptual que ayuda a justificar tanto lo que el gobierno haga o deje de hacer, como el hecho de que en esa acción u omisión participen organizaciones privadas y ciudadanos.

En este sentido, y una vez que se consideren las aristas enumeradas, se puede afirmar que la NGP plantea en sus primeras dos fases, dentro del marco específico de la relación entre Estado y sociedad por el lado de la AP, es decir en el ámbito de desarrollo de las políticas públicas, una mayor carga para el gobernado en cuanto la prestación de un servicio determinado, prometiéndole como divisa de cambio un mayor control de los gobernantes y de los servicios mismos a través de su participación en la definición e implementación de las acciones gubernamentales.

1.4 El proceso de diseño e implementación de las políticas públicas

Una vez analizadas en su contexto, resulta necesario revisar cuáles son los pasos que siguen las políticas públicas, desde el momento de su formulación hasta el punto en que se implementan para atender los problemas que intentan abordar.

Para empezar hay que anotar que no existe el esquema idóneo para atender todos los problemas públicos, y que los pasos no siguen siempre un mismo orden ni se dan de manera lineal, pues están determinados por las características propias de dichos problemas, así como por los recursos

con que cuenta el gobierno para atenderlos frente a una diversidad de demandas.

De tal manera que no todos los asuntos que tengan algún impacto negativo en la sociedad serán problemas públicos, pues

Los problemas de políticas son construcciones sociales que reflejan concepciones específicas de la realidad. Y como siempre es posible que haya una multiplicidad de definiciones acerca de un problema, lo que está en juego en el proceso de formación de la agenda no es sólo la selección de los problemas sino también su definición. Las definiciones sirven, a la vez, para encuadrar las elecciones políticas posteriores y para afirmar una concepción particular de la realidad.³⁹

Ello significa que estarán de acuerdo con los fundamentos políticos en los que halla sus cimientos el régimen y los reproducirá.

Una primera aproximación a la elaboración de políticas se hace mediante la percepción y definición del problema, las cuales quedan determinadas por las demandas de tipo tanto político como sociales además de las necesidades identificables, los juicios de valor y los compromisos políticos asumidos con anterioridad.⁴⁰

De esta manera, el gobierno a través de sus agentes o funcionarios se acercan a lo que se concibe como un problema, pero no por su voluntad sino porque pueden representar demandas que afectan o pueden afectar considerablemente a grupos humanos, con el efecto consustancial de mellar o potenciar la imagen y capacidad del gobierno.

³⁹ Elder D., Charles y Roger W. Cobb. Formación de la agenda. El caso de la política de los ancianos [pp.77-104] en: Aguilar Villanueva, Luis Fernando. *Problemas públicos y agenda de gobierno* [tercera antología de política pública]. México, M. A. Porrúa, 2003, pp. 77-78.

⁴⁰ Organización Panamericana de la Salud-Centro Panamericano de Planificación de la Salud. *Formulación de políticas de salud*. Chile, coedición OPS-CPPS, 1975, p.41.

El siguiente paso consiste en seleccionar, más que las soluciones, las respuestas posibles, pues...

En realidad, las opciones de política no son más que hipótesis tentativas acerca de cuáles cursos de acción pueden conducir a resolver los diferentes aspectos de los problemas existentes, de modo que en el resultado final las condiciones experimenten un avance sustancial respecto de las condiciones iniciales.⁴¹

Como se puede ver, no se busca necesariamente la solución del problema, sino mejorar las condiciones y encauzar las causas que lo provocan con el objeto de darle tratamiento para evitar que se convierta en una dificultad de mayores dimensiones. A su vez, la opción se evalúa luego de atender los siguientes puntos:⁴²

1. La coherencia que tenga dicha proposición con la ideología, los valores y las medidas de política del gobierno en turno
2. Los criterios políticos, que tienen que ver con el impacto social de los caminos posibles, donde se tendrá en cuenta el número de personas que crean importante el problema, su grado de organización, su poder para acceder a los niveles decisorios, si encaja con sus valores, creencias y tradiciones, si afecta la imagen del gobierno, si el desarrollo de la opción no genera conflictos de tipo político o social, a qué otros grupos afecta y cómo, así como la identificación de los grupos que la apoyarían, quiénes la rechazarían además de los

⁴¹ May J., Peter. *Claves para diseñar opciones de políticas* [pp. 235-256] en: Aguilar Villanueva, Luis Fernando [tercera antología de política pública]. *Op. cit.*, p. 237.

⁴² En el establecimiento de la lista se siguen los planteamientos de Jones, CH. O. *Para estudiar el proceso de políticas públicas*. An introduction to the study of public policy. Brooks/Cole publishing Co. Monterey, California, 1984, pp. 27-30, [traducción de Carlos Humberto Ruiz Sánchez]. Así como Ruiz Sánchez, Carlos Humberto. *Manual para la elaboración de políticas públicas*. México, coedición Plaza y Valdes-UIA, 1996, p. 21.

medios con que cuentan para expresarse, más la ubicación tanto de los grupos neutrales como de los medios para obtener su apoyo

3. Respecto de los criterios técnicos, se identifican los recursos tecnológicos con los que se dispone para aplicar la política
4. Y finalmente, en los criterios administrativos se contabilizan los recursos y se programan con criterio de oportunidad, es decir, en qué tiempo se aplicarán.

Luego de contar con este cuadro para alcanzar la coherencia y evaluar la pertinencia de las opciones de política, se considera la determinación de las situaciones o estados que se quieren alcanzar mediante el establecimiento de objetivos y metas, seguido de la ubicación precisa de los recursos humanos, financieros y tecnológicos que se requieren.

Pero la cantidad limitada de recursos, aunada a la imposibilidad de resolver todas y cada una de las causas llevan al establecimiento de prioridades, lo cual se logra mediante el esclarecimiento de los siguientes elementos:⁴³

- a) La situación que guarda el problema en la agenda de gobierno, respecto de la importancia que tengan para éste tanto los problemas como las soluciones y la urgencia de los mismos, así como su secuencia funcional
- b) La magnitud del problema, al considerar el número de población, el área geográfica y la cantidad de recursos

⁴³ Ruiz Sánchez, Carlos [1996]. *Op. cit.*, p. 25.

- c) La importancia que tenga para los grupos involucrados: prestadores de los servicios, hacedores de política y población afectada
- d) Posibilidad real de atenderlos en relación con la tecnología disponible
- e) La cantidad de recursos reales con que se cuenta para atender el problema
- f) La congruencia que guarden en relación con la orientación política más general del gobierno
- g) Los factores externos que favorecen o entorpecen la instauración de la opción.

Hasta aquí se construye en el proceso de elaboración de políticas públicas, un número de opciones que sea manejable para ahondar en su análisis y seleccionar la más pertinente, ello obedece al tiempo con el que realmente se cuenta para su diseño, pues no se puede olvidar que responde a un problema que reclama atención.

De esta manera, se entra al análisis mas minucioso de las opciones que puedan, de una manera realista, ponerse en marcha; lo cual implica

...un análisis detallado (“racionalista”) de algunos sectores que, a diferencia del análisis exhaustivo de toda la región, resultan interesantes o necesarios, junto con una revisión “selectiva” de los demás sectores.⁴⁴

⁴⁴ Etzioni, Amitai. *La exploración combinada: un tercer enfoque de la toma de decisiones* [pp. 265-282] en: Aguilar Villanueva, Luis Fernando [segunda antología de política pública]. *Op. cit.*, p. 275. Para el primer autor enunciado es necesario combinar los enfoques racionalista e incrementalista para superarlos; del primero dice que es rechazado por irreal e indeseable porque los tomadores de decisiones no cuentan con los recursos ni con el tiempo para recoger toda la información, además de que se enfrentan a un sistema abierto de variables donde es imposible prever todas las consecuencias.

Mientras que del incrementalista, señala que si se tomaran las decisiones de acuerdo con ese modelo se reflejarían únicamente los intereses más poderosos, negaría las innovaciones sociales básicas, los

Una vez acotadas las proposiciones, se profundizará el proceso en cuanto al punto 1, así como con la disponibilidad de tecnología, recursos, organización administrativa y operativa (puntos 3, c, d y e); además de la compatibilidad que tenga con otras proposiciones dentro y fuera del sector de que se trate así como respecto de los sectores mismos entre sí, así como la posibilidad de la política al profundizar en el punto número 2.

En este momento se ingresa de lleno en el análisis de la implementación, por lo que resulta necesario aclarar que durante la elaboración de la política se tiene que considerar un apartado donde se aborde la ejecución, ya que se tiene la necesidad de

Procurar la articulación entre el diseño y la implementación de las políticas públicas. A ello contribuyó la definición de política como “hipótesis que contiene condiciones iniciales y consecuencias previstas”. En esta perspectiva, diseñar una política significa prever e incluir esa secuencia de acciones que es justamente el proceso de implementación y cuyo efecto último es la producción del estado de cosas buscado como objetivo. Estrictamente no se puede hablar de diseño de la política si no es a la vez el diseño de su proceso de implementación.⁴⁵

avances describirían procesos circulares, con lo cual regresarían al mismo punto, o bien se dispersarían para no llegar a ningún lado, además de que servirían como refuerzo ideológico a favor de la inercia y contra la innovación [pp. 267-271]. Para este autor, existe un conjunto de decisiones fundamentales -léase decididas racionalmente-, alrededor de las cuales se estructuran varias incrementales, bien sea que sirvan para preparar o llevar a cabo a la primeras. Lo cierto es que un modelo es una simplificación de la realidad, el cual queda determinado en gran medida por las características de la política que se intente analizar.

Así, como bien apunta Theodore J. Lowi [*Políticas públicas, estudios de caso y teoría política*, pp. 89-117 en: Aguilar Villanueva, Luis Fernando (segunda antología). *Op. cit.*, p.97] “Ninguno de los enfoques (se refiere al pluralista y al elitista) tiene las características de un modelo. Cada uno es, si acaso, un punto de partida que se válida en sí mismo (...) Debido a que ninguno es una teoría, tampoco ninguno es idóneo para el estudio de casos específicos”. Y en un plano más general, continúa el autor: “Al final de un estudio empírico, ningún enfoque aporta elementos suficientes para acumular datos y descubrimientos con abstracciones coherentes y contrastables respecto de otros descubrimientos; proporcionan sólo una base para repetir los supuestos del principio”.

⁴⁵ Aguilar Villanueva, Luis Fernando [cuarta antología de política pública]. *Estudio Introductorio* [pp.15-92]. México, M.A. Porrúa, 2003. *Op. cit.*, p. 58.

Así entendida, la implementación no se dará de manera automática a partir de la elaboración de la política pública, pues implica un proceso continuo de transacciones y negociación en la que entran en juego diversos actores, muchas veces con intereses y perspectivas divergentes. Lo anterior se acentúa cuando el programa o política sea implementada por un grupo diferente del que la diseñó, más aún si se trata de una organización distinta de la que la elaboró.

En este sentido, se propone que para llevar a buen puerto a la política se requiere de los recursos que le abran previamente las compuertas. Pero no se trata solamente de la cantidad, sino también de la calidad de aquéllos, pues involucra:

- A) la suficiencia de los recursos económicos disponibles
- B) la manera y el grado en que la medida que se pretende implementar afecta las condiciones socioeconómicas prevalecientes
- C) la atención de la opinión pública en el problema
- D) la posición de las elites al respecto
- E) la inclinación de apoyo o rechazo por parte de la jurisdicción y de la organización responsable de la implementación
- F) orientación de la movilización de los grupos de interés privado alrededor de la política⁴⁶

⁴⁶ Van Meter, Donald S. y van Horn, Carl E. *El proceso de implementación de las políticas públicas* [pp. 97- 146] en: *Ibidem*, p. 128.

-
- G) la capacidad de las organizaciones encargadas de la implementación
- H) dentro de dichas organizaciones, la participación de los empleados públicos encargados de prestar directamente los servicios y su coincidencia con las metas de la política
- I) Más allá de su posición como opinión pública, es necesario el apoyo de la ciudadanía, todavía más cuando se trata de bienes y servicios cuyo acceso depende de la capacidad económica o de una elección de los individuos o grupos sociales.

En relación al primer punto, resulta evidente que cualquier proyecto, programa o política sin recursos financieros es imposible que se lleve a cabo, además de que no se estaría en posibilidad de incentivar a las organizaciones e individuos ante los costos que puede traer consigo, por ejemplo la pérdida de autonomía o el cambio de la correlación de fuerzas en un determinado sector socioeconómico, lo cual involucra al siguiente punto.

Mientras que los siguientes dos, al igual que el último par, hacen referencia al grado de apoyo necesario en torno de la política, la cual si afecta intereses o valores de los involucrados directos en la prestación del servicio (empleados públicos y beneficiarios) o de los grupos con poder de mando y decisión dentro del propio proceso, tenderá a hacerse estéril.

Mención especial requiere la capacidad de quienes prestarán directamente los servicios, pues resulta necesario que conozcan los procedimientos y técnicas para hacerlo; asimismo, su cercanía con los beneficiarios hace posible que se entablen entre ellos relaciones más próximas que pueden operar en apoyo, rechazo o desviación de las

medidas a desarrollar. También habrá que considerar el impacto que tenga en los grupos organizados y cómo estos reaccionan.

Por lo que hace a las organizaciones y su capacidad para sacar adelante las políticas públicas, se consideran los recursos de todo tipo con que cuentan aquéllas tales como su tamaño y su competencia, grado de control jerárquico, el apoyo que reciban por parte de funcionarios públicos y representantes populares, además de la fuerza con que hacen suyos e impulsan los objetivos de la política; su propia imagen ante los ciudadanos y el grado de eficacia, además de la fluidez de las comunicaciones que en su interior se llevan a cabo junto con sus nexos respecto del grupo encargado del diseño o inducción de las políticas.⁴⁷

En esta etapa se llevarán a cabo las acciones que en última instancia desagregan las orientaciones contenidas en la elaboración de la política para materializarla a través de la prestación de un servicio, la producción y/o entrega de un bien, en medio de cuyos extremos está el proceso de implementación y que no se da de manera lineal, sino que se ajusta a través de la negociación a las condiciones propias del sistema en que se instrumenta la política y de su medio.

De esta manera, se puede notar la importancia que aún dentro de los pasos formales de las herramientas con las que opera el gobierno tiene su contexto más general. Así, la realidad en la que operan determinará los alcances de las diversas políticas públicas así como sus contenidos. Sin embargo, no hay que perder de vista que en todo caso tales medidas impactarán a su vez en diferentes grados y con direcciones diversas en

⁴⁷ *Ibidem*, p.127. Un estudio preciso del peso de las organizaciones en el proceso de implementación se realiza en el ensayo contenido en la misma obra: Elmore F., Richard. *Modelos organizacionales para el análisis de la implementación de programas sociales*. pp. 185-249.

dicha la realidad para configurarla con sus múltiples características en los diferentes ámbitos de la vida económica, política y social.

CAPÍTULO SEGUNDO

La política sanitaria y el sector salud como expresiones de la política social en México. Aspectos históricos y consideraciones teóricas

(...) promover la “participación” en el ámbito local, no equivale a menudo a entregar el poder a los pobres, sino acelerar la renovación de las élites (lo que no necesariamente es un mal, muy al contrario, pero no hay que confundirlo con la lucha contra la pobreza). Conferir “capacidades” a los pobres, está muy bien. Pero “capacidades” ¿para hacer qué? Volver capaces a los pobres de hacer frente al mercado, muy a menudo equivale a dejarlos inermes frente a esta realidad simple: el mercado es antes que nada el lugar en el cual se precipitan las sanciones; el mercado elimina antes que liberar (y eso es precisamente lo que ha generado las políticas sociales).

Bruno Lautier

En la medida que el gobierno actúa mediante políticas públicas en nombre del Estado para atender los problemas de determinados grupos sociales, es posible identificarlas y clasificarlas temáticamente de acuerdo con los objetivos específicos que persiguen.

Dichos propósitos hacen que se les diferencie, y es en este sentido que se puede hablar, en términos generales, de la política económica, internacional, de seguridad o de la política social. Por otra parte, dentro de éstas grandes secciones existen otros subgrupos de políticas públicas que las componen desde el momento en que representan una de sus partes integrantes, pues su realización ayuda al logro de los objetivos de las más genéricas (por ejemplo dentro de la política económica cabe la del sector turístico, la fiscal o la industrial).

En esta forma de enmarcar conceptualmente la actividad gubernamental, las disciplinas científicas y sus ramas juegan un papel importante, ya que una de las tareas centrales de tales cuerpos analíticos es clasificarla para después analizarla a partir de la construcción de un objeto de estudio que les sea característico y, esto es, diferente de otros.

Es así como la política sanitaria o de salud se inscribe dentro de la política social, ya que si el objetivo de ésta última es la reproducción social, buscará sostener al sistema dominante en un tiempo determinado mediante la atención a los grupos menos favorecidos, de tal manera que el cuidado que ello implica pasa necesariamente por una de las condiciones básicas para que esos grupos sean capaces de reproducirse: la salud. Dicha relación, sin embargo, no permanece inalterable en tiempo y espacio, sino que es moldeada por la correlación de fuerzas que prime en esas dimensiones, como ocurre con toda política pública.

En este capítulo se aborda la relación actual establecida entre la política social y la política de salud en México, sin dejar de lado los antecedentes históricos a partir de los cuales se construyó, mismos que necesariamente la definen; lo anterior con la finalidad expresa de encontrar los referentes precisos que permitan explicar de manera clara y exhaustiva al seguro popular como objeto de estudio de la presente investigación.

A partir de la explicación del concepto política social en el primer apartado y su aplicación o variante en el contexto mexicano se aborda el análisis de los lineamientos que ella sigue actualmente (segundo apartado), transcurso dentro del cual se resaltan las directrices que orientan y limitan la política de salud en el país así como un determinado esquema organizacional para implementarla.

Lo anterior se explica en los siguientes tres numerales mediante la ubicación del sector salud junto con la identificación de los problemas que le son inherentes, además de la estrategia adoptada para hacerles frente, la cual se plasma en su reforma; proceso político, este último, que está determinado por las pautas propias de la política social.

2.1 La Política Social. Más que un concepto, un adjetivo

La adopción de un concepto determinado de política social tiene una repercusión directa sobre la práctica política y gubernamental en la materia, pues a partir de él se fijarán los objetivos además de las directrices que le dan contenido. Como política que es en última instancia, dicha concepción depende más de las relaciones de poder verificadas que de la actividad intelectual desarrollada al respecto.

No obstante lo anterior es necesario matizar tal afirmación, toda vez que en dicho concepto se presenta constantemente como connotación y objetivo al mismo tiempo el bienestar de la sociedad, debido precisamente a que tal aspiración queda enmarcada teóricamente en los fines que justifican al Estado. Así, las variaciones que se puedan hallar entre las definiciones de política social parecerían girar alrededor de cómo lograr esa pretensión y en qué grado.

Sin embargo la relación entre medios y fines se complica en el ámbito de la política social, hasta el punto de que la elección de los primeros, en tanto que está determinada por las relaciones de poder propias del ámbito político, puede invalidar sus objetivos últimos.

Como el concepto mismo de política pública, bien sea de tipo social, económico o de cualquier otro apunta hacia su carácter instrumental, además de que debido a que su aplicación afecta a un número relativamente grande de individuos, dicha concepción, traducida en acción pública y gubernamental gravitará directamente sobre el objetivo que en este rubro es el bienestar de la sociedad, además de que el significado de éste último puede variar en su contenido de acuerdo con lo que una comunidad entienda por tal a partir del grado de satisfacción que hayan logrado con antelación mediante bienes y servicios.

En suma, las relaciones de poder verificadas en un tiempo y en un espacio específicos determinarán, a la vez que acotarán, el concepto de política social antes que los fines doctrinales del Estado, de tal manera que en virtud de dichas relaciones (que implican por otra parte confrontación de intereses, negociación, establecimiento de prioridades más la asunción por parte del gobierno de un grupo de intereses en detrimento de otro conjunto de los mismos), se define y se pone en práctica la política social con sus respectivas orientaciones, límites y aspiraciones.

Ello es así, a pesar de que uno de los objetivos últimos del Estado es precisamente encauzar las relaciones conflictivas (en buena medida a través de la política social) con el fin de que no se destruyan los lazos que unen a la comunidad y le dan sustento.

Pero la puesta en marcha de una política social no se da automáticamente a partir del concepto, de ahí que la construcción colectiva, pero acotada, de su significado se sirva de paradigmas para llevarla a la práctica. De esta manera, se puede entender por tal a

... una imagen básica sobre las políticas sociales que es compartida o rechazada por comunidades de científicos sociales, al igual que por actores e instituciones sociales, agencias nacionales e internacionales y elites de tecnócratas, que sirva para definir qué debe estudiarse, las preguntas que es necesario responder, la manera como deben responderse, así como las reglas que es preciso seguir para interpretar las respuestas obtenidas y establece también los parámetros para tomar decisiones o elaborar estrategias por parte de los actores sociales inmiscuidos, los cuales, en función de su situación social, intereses e ideologías, pueden defender posiciones que suelen contraponerse a las de otros actores.¹

Como se puede ver, en la definición que se establece en el tránsito del concepto política social hasta su puesta en práctica a través de un paradigma, intervienen intereses contrapuestos que la pueden orientar en determinadas y múltiples direcciones.

¹ Barba Solano, Carlos. El futuro de la función social del Estado en América Latina. El caso de México [pp.115-163] en: Alonso, Jorge; Aguilar, Luis Armando y Lang, Richard (coordinadores). *El futuro del Estado social*. México, coedición Universidad de Guadalajara-Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente-Goethe Institut Guadalajara, 2002, pp. 120-121 [nota al pie de página número 7].

A este respecto, se puede ver el concepto de paradigma que da Thomas S. Khun, particularmente en el capítulo III “Naturaleza de la ciencia normal”, [pp. 51-67] de su obra: *La estructura de las revoluciones científicas*. Argentina, Fondo de Cultura Económica, 1992, cuarta reimpresión. En la cual el autor analiza la construcción del paradigma en relación con el conocimiento previo de una disciplina científica, el que se establece como un acuerdo entre los expertos en la materia, quienes como seres humanos que son no estarán desligados de su entorno social.

Un primer acercamiento a su definición dice que la política social es el

Nombre moderno de la acción del Estado como poder moderador o conciliador en la lucha de las clases sociales por sus conquistas económicas. Con esta política el Estado regula las cuestiones de la producción y el trabajo, mediante leyes y disposiciones que protejan la vida y condiciones de trabajo del obrero y resuelvan las controversias laborales con la parte patronal.²

Este concepto pone el acento en la actividad del Estado respecto de la industrialización como proceso histórico, en el que emerge como un árbitro frente a la lucha de clases; su función aquí es la de mediar para que las contradicciones inherentes al orden de cosas, donde se produce una diferenciación muy marcada entre los grupos sociales motivada por la propiedad de los medios de producción, no desemboque en la destrucción del sistema.

Como consecuencia de esta ubicación, que obedece por otra parte a la posición de la actividad gubernamental en un momento histórico determinado y el cual puede hallarse con sus respectivas especificidades en los países desarrollados hacia finales del siglo XIX y en México desde los años 40 del siglo pasado, restringe los sujetos de la política social a dos: los empresarios y los obreros. Asimismo, de su lectura se desprende el surgimiento de la política social como actividad gubernamental que irrumpe dentro de la modernidad.

Por todas estas consideraciones de tipo histórico, su ámbito de aplicación se restringe a la relación laboral, la cual regula para proteger a la parte débil de la correlación mediante leyes y disposiciones de todo tipo, sin que ello signifique que abandone a su suerte a la contraparte, a la que también tutela para resguardarla frente a sus propios excesos derivados no

² Serra Rojas, Andrés. *Diccionario de ciencia política*. México, coedición UNAM-Facultad de Derecho de la UNAM-FCE, segunda edición, 1999, Tomo II, p. 900.

de una mala fe predispuesta, si no de las relaciones que se establecen como derivación de la forma de producción en la que el punto de inflexión para estratificar a las clases en disputa es la propiedad privada como principio rector de dicho sistema.

De estas ideas se desprende una conclusión respecto de las características de la política social. En este sentido, se puede decir que la política social es originalmente o por nacimiento funcional a los principios y fines del Estado, de tal manera que existen unos límites precisos dentro de los cuales se puede mover, como son por ejemplo la libertad y la igualdad jurídica, pero sobre todo el que la marca de origen: la propiedad.

Otra definición de la política social dice que:

En el contexto de nuevas exigencias del equilibrio macroeconómico, el creciente interés y demandas de participación de actores sociales en el ámbito de las políticas públicas (...) relacionadas con la calidad de vida, son factores que replantean los valores, medios, instrumentos e interlocutores de las políticas sociales. (...) La política social ha dejado de ser un asunto sólo competente al gobierno, ahora los tres niveles de gobierno son responsables de dirigir y coordinar acciones colectivas en atención al bienestar social, sin pretender sustituir iniciativas y libertades de los ciudadanos.³

Dicha definición, que parte de la necesidad de actualización del concepto a partir del análisis de la dinámica social contemporánea, se centra en la participación más activa de la sociedad tanto en el diseño como en la implementación de la política social, lo cual toma como algo dado sin acotar que tanto el grado como la forma en que esa concurrencia

³ Anaya Cadena, Vicente (coordinador). *Op. cit.*, p. 282.

se verifique depende de múltiples factores y no se establece de una vez para siempre ni de manera constante, como se adujo más arriba.⁴

Respecto del primer concepto, se puede ver que varía la materia sobre la que actúa la política social; en la segunda concepción ya no será el trabajo el núcleo central, sino un concepto más general como es la calidad de vida y el bienestar, lo cual obedece nuevamente a un proceso histórico que cuenta, entre otras, con las siguientes características: diversificación de los grupos sociales, asunción y pujanza del sector servicios en detrimento del industrial, el desempleo con el consecuente incremento del sector informal en la economía, el incremento de los niveles de escolaridad y de urbanización, así como el avance tecnológico por mencionar sólo algunas.

Asimismo, elimina de su connotación el conflicto como momento definitorio de la política social, e íntimamente ligado con lo anterior desdibuja el papel tutelar del Estado, al que le asigna el papel de dirección y coordinación de acciones colectivas, es decir, lo sitúa en un plano más cercano a la paridad respecto de los ciudadanos organizados.

Así, los referentes sociales, económicos y políticos en los que se fundamenta el concepto tanto como las prácticas propias de la política social varían en el tiempo. Sin embargo, se mantiene constante el peso definitorio que en ella tienen las relaciones de poder, lejos de una pretendida concurrencia armoniosa entre los grupos sociales y el gobierno para la definición de las políticas públicas de corte social.

⁴ Confróntese con las páginas 14 a 21 del capítulo primero. En este orden de ideas, Bertha Lerner Sigal sostiene que “No es lógico, por tanto formular generalizaciones del papel que Estado, sociedad civil, agrupaciones privadas, familias y comunidades pueden desempeñar en la política social, pues esto depende del grado de desarrollo de las diversas instituciones” [p. 28]. Ver, de la autora: Globalización, neoliberalismo y política social [pp. 13-43] en: Cordera Campos, Rolando y otros. *Las políticas sociales de México en los años noventa*. México, coedición Instituto Mora-UNAM-FLACSO-Plaza y Valdés, primera edición, 1996.

Un tercer concepto que refleja los cambios señalados apunta:

Las políticas sociales, se entienden en un sentido amplio más allá de las intervenciones tradicionales en educación, salud, seguridad social, vivienda e infraestructura básica, incluyendo las acciones focalizadas en la pobreza y vulnerabilidad y aquellas destinadas a promover el empleo.⁵

En este enunciado, que parte de los ámbitos en los que busca incidir la política social, sale a relucir que su campo de acción se amplía considerablemente; en adelante ya no se ocupará exclusivamente de legislar sobre relaciones de trabajo (primer concepto), sino que en aras de promover el bienestar (segundo concepto) deberá ocuparse, además de las intervenciones que se denominan como tradicionales, de la atención a la pobreza, la vulnerabilidad de determinados grupos, así como de la promoción del empleo.

Desde luego que esta actividad colosal requiere que se fijen prioridades, sobre todo en momentos en que la retracción de la actividad gubernamental en la vida económica y social, aunque oscilante, se erige como una práctica política a nivel planetario.

Surgen entonces dos cuestiones: 1) ¿Cómo hace frente el Estado a este incremento de demandas cuando concomitantemente cuenta con menos facultades para actuar? y, 2) En el contexto propio de la definición y aplicación de la política social, que es el de las relaciones de poder más la contraposición de intereses junto con la diversificación tanto de grupos sociales como de asuntos públicos a tratar ¿Cómo fijar prioridades sin

⁵ Mezones, Francisco. El valor público en los programas sociales: una aproximación práctica [capítulo 4, pp. 207-250] en: Repetto, Fabián. *La gerencia social ante los nuevos retos del desarrollo social en América Latina*. Guatemala, coedición: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social-Instituto Nacional de Administración Pública-Real Ministerio de Asuntos Exteriores- Banco Interamericano de Desarrollo, 2005, pp. 229-230.

afectar a los sujetos involucrados a tal grado que se ponga en riesgo la estabilidad que pretende precisamente alcanzar?

En el primer sentido, las respuestas que actualmente se desarrollan en la práctica tienen que ver con medidas de tipo político que se erigen como consecuencias directas de la retracción de la actividad gubernamental en el plano social y que guardan una relación lógica con la misma. De esta manera, la descentralización, la inclusión de la sociedad organizada en la ejecución de acciones específicas⁶, la asunción de modelos gerenciales en la administración pública, la privatización de servicios y funciones son las afirmaciones “ideales” en la medida que son expresiones de uno de los planteamientos centrales del esquema en boga: dejar en manos del mercado la difícil tarea de la reproducción social.

Dentro de esta misma lógica, la alternativa que se presenta en la actualidad para el segundo problema planteado es estirar al máximo la liga, mediante la atención únicamente de los más pobres de entre los pobres; aquellos que viven en condiciones de miseria, quienes son identificados por

⁶ A este respecto, Carlos M. Vilas señala que la participación ciudadana en las políticas públicas de tipo social, en la cual “hace hincapié el modelo neoliberal” obedece directamente a un criterio de rentabilidad y se da en un campo limitado, dice que tal participación “tiene lugar ante todo en la dimensión operativa de los programas, abonando la idea de que apelar a la participación de la gente obedece no sólo a un afán democratizador, sino asimismo a la necesidad de reducir los costos operativos mediante el uso de mano de obra gratuita” [p. 129].

De tal manera que además del criterio financiero, el gobierno se interesa en esa participación que no se da en el ámbito más agudo de la definición de las políticas públicas, debido a que representa una gran rentabilidad, en este caso política, al erigirse discursivamente como interesado en la democratización del ejercicio del gobierno. Léase del autor citado: *De ambulancias, bomberos y policías: La política social del neoliberalismo (notas para una perspectiva macro)* [pp.111-141] en: Cordera Campos, Rolando. *Op.cit.*

Por contrapartida, en cuanto a la argumentación a favor de la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones tratándose de asuntos gubernamentales hay que tomar en cuenta que “cuanto más nos apoyemos en el pueblo menores serán las probabilidades de llevar a cabo una planificación racional, y, a la inversa, cuanto más nos apoyemos en el experto, menos demócratas seremos en términos de poder del demos”. Ver: Sartori, Giovanni. *El mercado, el capitalismo, la planificación y la tecnocracia.* (Cap. XIV pp. 480-537) en, del mismo autor: *Teoría de la Democracia. Los Problemas Clásicos.* T. II. México, editorial Alianza, 1991, p.522.

el gobierno mediante el establecimiento de parámetros e indicadores. A tal proceder se le denomina focalización⁷, misma que se ubica y desprende del viraje contemporáneo de la política social hacia el combate de la pobreza.⁸ El objetivo aquí es hacer rentables en términos financieros, económicos, sociales y políticos las erogaciones que se hagan como parte de la política social.

⁷ Dicho concepto surge, en su dimensión más política, de la crítica al dispendio de recursos que achaca el modelo neoliberal a los programas propios del Estado benefactor como consecuencia de su vocación universalista, sistema al cual califica de injusto puesto que no beneficia con los recursos limitados con los se cuenta a los más necesitados, si no a personas que realmente no necesitan de la asistencia social y se aprovechan egoístamente de la situación.

Técnicamente, señala Enrique Contreras Suárez: “Este concepto surge en la década de los setenta, en el seno de los programas sociales del Estado de bienestar y en plena crisis agrícola, como una alternativa más eficiente a los subsidios generalizados a ciertos alimentos básicos. Con la crisis de la deuda, la focalización se difunde hacia otros sectores de la política social” [p. 498, nota al pie de página número 2].

En cuanto a los objetivos de la focalización, éste último autor señala que son tres los principales: 1) atender con precisión la satisfacción de necesidades de personas excluidas mediante la dotación de satisfactores mínimos o esenciales; 2) Identificar con precisión a los beneficiarios potenciales y, 3) Diseñar los programas de tal modo que su aplicación asegure un alto impacto per cápita en el grupo seleccionado [p. 498]. Agrega que en la práctica uno de los objetivos desplaza a los demás y los opaca “con efectos negativos sobre el cumplimiento de los objetivos de los programas”. Aunque no dice explícitamente cuál de éstos es, se desprende que el segundo de ellos ocupa ese lugar, cuando señala que “De una excesiva preocupación por la población objetivo pueden surgir efectos no deseados y perversos, al seleccionar estrecha y reduccionistamente a los beneficiarios de los PCP, de la misma manera que el objetivo cultural de la focalización tiende a reducirse a la cura de las manifestaciones más palpables y dañinas de la pobreza, desdénando los programas preventivos, de efectos más profundos” [p. 501].

Los PCP son los programas de combate a la pobreza. La ficha: Contreras Suárez, Enrique. Una visión crítica de los programas actuales de combate a la pobreza [pp. 497-510] en: Cordera Campos, Rolando y Ziccardi Contigiani, Alicia (coordinadores). *Las políticas sociales de México al fin del milenio: descentralización, diseño y gestión*. México, coedición UNAM-Facultad de Economía-Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM-Miguel Ángel Porrúa, 2000.

⁸ Para Bruno Lautier, orientar las baterías de la política social hacia el combate a la pobreza es una estrategia del Banco Mundial (BM) para que el debate se empantane en el plano moral y se proscriba de una vez por todas el tema político, lo que significaría mantener intactas las estructuras y principios que sostienen el estado actual de cosas. Según este autor, para el BM las razones de la pobreza no se originan en el sistema, ni son causadas por los pobres, tampoco por la incapacidad de los dirigentes, sino que lo atribuye a un “argumento moral”: los dirigentes locales en el ámbito de la globalidad “no prestan suficiente atención a sus pobres” por diversas razones, “pero, sobre todo, razones que tienen que ver con el modo de funcionamiento del Estado.” “Se atribuye así a la ausencia de instituciones morales el comportamiento inmoral de los dirigentes”. Ver: Lautier, Bruno. *¿Por qué es preciso ayudar a los pobres? Un estudio crítico del discurso del Banco Mundial acerca de la pobreza* [pp. 47-112] en: Alonso, Jorge y otros (coordinadores). *Op. cit.*, pp. 51-52.

En suma, esas dos prácticas políticas contemporáneas que determinan la política social están permeadas por la concepción dominante respecto de la mejor forma en que la sociedad se puede reproducir, la cual sostiene que ello sólo es posible si se cuenta con un mercado fuerte y dinámico.

Las opciones a esta idea son: un Estado también vigoroso y ágil, ó una sociedad plena de energía y actuante. Una alternativa más todavía por construir debido a la complejidad implícita en ella, sería que los tres actores en cuestión, fuertes y dinámicos ellos mismos, sean capaces de imprimir dinamismo a sus relaciones interdependientes y recíprocas de manera que coexistan para lograr tal fin, si es que se pueden salvar los obstáculos en los que se muestran como excluyentes.⁹

De cualquier manera, lo que opera en la realidad a este respecto es la primacía del mercado frente al Estado y a la sociedad. En términos de un ejercicio de definición de la política social, ello se expresa de la siguiente manera:

Por otra parte, cuando se pierde la estabilidad macroeconómica, la política económica debe restablecer los equilibrios con el menor impacto sobre los grupos más pobres. Pero eso sólo es posible si existe un sólido compromiso, del Estado y la sociedad civil, por compartir los costos del ajuste de manera equitativa y solidaria. Ello significa que la política social tiene un papel integrador y debe ser complementaria de la política económica.¹⁰

⁹ Una agenda que pondera y potencia al mismo tiempo la última alternativa enunciada es elaborada por: Przeworski, Adam. Una mejor democracia, una mejor economía [pp.115-130] en: Camou, Antonio. *Los desafíos de la gobernabilidad*. México, coedición: Instituto de Investigaciones Sociales (UNAM)-Facultad Latinoamericana de Administración para el Desarrollo, 2000. Lo que propone el primer autor es la búsqueda y construcción de las instituciones idóneas y la reforma política, caminos, ambos, que se dan dentro del sistema, de acuerdo con lo que establece el BM, según Bruno Lautier [confróntese con la nota al pie de página precedente].

¹⁰ Grynspan M., Rebeca. Los nuevos [¿viejos?] retos de la política social [pp. 3-24] en: Licha, Isabel (editora). *Gerencia social en América Latina. Enfoques y experiencias innovadoras*. Washington, D.C., edición Banco Interamericano de Desarrollo, 2002, p. 14.

Si la política social es, como ya se dijo, originariamente funcional al ejercicio del poder, en la actualidad ese carácter accesorio se profundiza aún más como se puede leer en la noción precedente de la misma, al convertirla en un instrumento de la política económica. En otras palabras, se le refuncionaliza. Con este viraje se pretende que, ante la intermediación de las relaciones de poder siempre presentes, deje de ser un instrumento que responda en algún grado a los fines del Estado, para transformarse en un instrumento que garantice y ensalce los fines del mercado.

Pero hay que ir por partes, si dentro de una concepción restringida se entiende por política económica la intervención del Estado en la economía, en la actualidad ésta última se ve como una intromisión necesaria ante las fallas o dificultades del mercado para autorregularse, no más. De tal manera que también se buscará sujetarla a las necesidades del mercado. Además, si tanto la política social como la económica tienen que ajustarse a los equilibrios o desequilibrios macroeconómicos, como se desprende de la lectura de la concepción transcrita, si aquellos trances son producto del mercado, entonces ambas políticas se darán en función y en el grado que lo requiera el mercado.

Como se puede ver, de la crítica al gigantismo imputable a la actividad gubernamental, se pasó al enanismo que se verifica actualmente en diversos grados, lo que conlleva a que si bien la connotación política de la política social se mantiene vigente en virtud de que en su definición pesan intereses concretos y contrapuestos donde subyacen relaciones de poder; desenvuelta la política social en la práctica, entendida como una actividad política que en el mejor sentido del término busca la reproducción social y el mantenimiento del orden, se reduce a su mínima expresión.

En este sentido, los núcleos definitorios de la actividad gubernamental: dominio y servicios para lograr bienestar quedan

orientados por criterios que le son ajenos como resultan ser los del mercado. Aquellos son sustituidos y en el mejor de los casos quedan supeditados en la práctica. Los principios del bienestar como la aspiración de la igualdad, la libertad, la equidad y la solidaridad se someten a criterios técnicos como la rentabilidad financiera.

El fin mismo de la política social en la hora estelar del mercado: invertir en capital humano para capacitar al pobre en aras de que sea capaz de ingresar al mercado y con ello se convierta en portador de "pertinencia sistémica", antes que garantizar la calidad de vida o el bienestar común, hace que se reduzca en la práctica (como paradigma). Es un concepto que en la praxis se vuelve adjetivo, sin un contenido que denotar.

Al respecto, buscando conectar los lineamientos de la teoría con la realidad social, política y económica mexicana en materia de política social, se tiene que:

En las postrimerías del siglo XXI, hablar de política social en México es hacer referencia a un concepto vacío y con un significado sólo coyuntural en función de las prioridades y programas diseñados por cada gobierno. La política social o, mejor dicho, los programas con algún contenido social impulsados por los sucesivos gobiernos han tocado sólo de manera tangencial el problema de abatir la pobreza y equilibrar los beneficios del desarrollo. Esta situación resulta paradójica en un país que experimentó una de las primeras revoluciones sociales de este siglo y que comprometió su triunfo con las causas sociales básicas. Esta paradoja se explica, en parte, por las modalidades que adoptó su instrumentación.¹¹

¹¹ Pardo, María del Carmen. *El diseño administrativo de los programas de emergencia*, en: Cordera Campos, Rolando y Ziccardi Contigiani, Alicia (coordinadores). *Op. cit.*, p. 476.

2.2 La política social en el contexto económico y político de México: instrumental a dos piezas

Si bien es verdad que a través del análisis tanto del concepto como de su evolución y sobre todo de su ubicación en el campo político, se pudo llegar a establecer el significado de la política social en sus dimensiones tanto teórica como práctica, resulta necesario acotar el alcance de dicho ejercicio pero sobre todo de sus conclusiones, pues también resulta cierto que aquella no describe un solo ritmo ni mucho menos un camino único en diferentes latitudes y periodos temporales, lo cual obedece, por una parte, al carácter instrumental que la define mismo que se analizó más arriba, e íntimamente ligado con la anterior razón se exhibe otra más evidente pero que no siempre se toma en cuenta a la hora de ponerla en práctica: que su alcance, orientación y significado mismo depende de las condiciones en las que se desarrolle.

Asimismo, de entre esos elementos que en última instancia moldean la política social de una manera determinada y no de otra, hay algunos que tienen un mayor peso que otros en esta relación, de ahí que para ver la situación actual de la política social en México se elijan los que de manera regular tienen mayor significación en la actualidad.

A partir del examen de las particularidades que describe el caso mexicano respecto de la estructuración de su política social, se confirma la su refuncionalización al pasar de un sentido más abarcador como es el bienestar general a través de la atención de las necesidades sociales básicas de los grupos humanos, a una acepción más restringida y coyuntural que desemboca en su supeditación a la política económica, siempre atento a los ritmos que se entonaron desde el ámbito político en el país, en donde subyacen relaciones de poder.

Si la política social es un concepto moderno, sería una consecuencia lógica que en México ésta comenzara a desarrollarse durante los inicios de dicha etapa en el país, es decir, en el Porfiriato (1876-1911, con un "intermedio" que va de 1880 a 1884 durante el cual fue presidente el compadre de Porfirio Díaz, Manuel González). Sin embargo, la asunción por parte del Estado de los cometidos que aquella encierra se dará luego de la Revolución Mexicana, al quedar plasmada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) de 1917, mediante la tutela de los obreros y los campesinos.¹²

Por lo que hace al régimen porfirista, se tiene que hacia el final de su período atendió a los grupos más necesitados de una manera accesoría como una reacción frente a los brotes de descontento verificados¹³; su

¹² En términos muy generales, los antecedentes del concepto política social en México se encuentran dispuestos de la siguiente manera: Durante la época prehispánica "las acciones que hoy podemos considerar como de "asistencia social", en el mundo indígena se basaron en el concepto de responsabilidad colectiva", al respecto, consúltese: Fuentes, Mario Luis. *La asistencia social en México. Historia y perspectivas*. México, editorial Paidea S.A. de C.V., 2002, p.13. Este autor sostiene que en aquella época había hospitales y el acceso a la educación era universal, además de que la asistencia se centraba en la atención de la salud, donde "los modos de vida de las grandes ciudades y comunidades prehispánicas, suponen la ayuda a cada uno de los hombres y mujeres que las componen" [p.7].

Durante la colonia se desarrolló en la forma de caridad religiosa, las órdenes religiosas encargadas de la evangelización prestaron atención (a través de casas de beneficencia, hospitales, hospicios y centros educativos) a los naturales de esas tierras, quienes en general trabajaban en condiciones de sobreexplotación para abastecer de materias primas y metales preciosos a la metrópoli. Respecto de la caridad religiosa, véase: Rocha Bandala, Juan Francisco. *La evolución del derecho sanitario y el derecho a la protección de la salud* [pp. 114-126] en: Soberón Acevedo, Guillermo y otros. *Derecho constitucional a la protección de la salud*. México, editorial Miguel Ángel Porrúa, 2 edición, 1995, p. 116.

Con la Independencia de México y hasta el ascenso de Porfirio Díaz al poder en 1876, se atiende bajo el rubro de asistencia que no implica una obligación por parte del Estado a los individuos más necesitados. En este período la inestabilidad impidió que se articulara la actividad política, ya fuera en su dimensión económica o social; aún más, trajo como consecuencia la falta de estructuración de un Estado como tal, hasta que el movimiento liberal llevó a Benito Juárez a la presidencia de la República, quien durante el período denominado como la República restaurada, desde 1867 y hasta su muerte en 1872, logró tejer, basado principalmente en facultades extraordinarias establecidas en la Constitución de 1857, las bases mínimas para el establecimiento de un Estado, con aspiraciones liberales y revueltas internas que atender.

¹³ Véase: Pardo, María del Carmen. *Op. Cit.*, p. 492. Al respecto, se tiene que "Después de la expedición de las Leyes de Reforma y la secularización de los hospitales e instituciones de caridad por el presidente

principal preocupación se centraba en el mantenimiento del orden para alcanzar el progreso, con lo cual se logró construir un aparato económico¹⁴ (si se quiere incipiente comparado con los avances recientes) que serviría de base a los gobiernos posrevolucionarios para construir las organizaciones e instituciones que regirían en materia económica hasta la década de los ochenta del siglo XX.

En la CPEUM de 1917 se definieron los lineamientos que darán cabida, con las posteriores acciones gubernamentales mediante la creación de organizaciones e instituciones, tanto a la política económica como a la política social desarrolladas en el ámbito mexicano; en ambos casos ello se puede interpretar como un resultado directo del movimiento armado, cuyos motivos y aspiraciones estuvieron en buena medida representados directamente en el constituyente respectivo.¹⁵

Juárez, surgió la Dirección de Beneficencia que marcó el cambio del concepto de caridad por el de beneficencia con la intervención del Estado, sus esfuerzos complementaron los del Consejo Superior de Salubridad que elaboró el primer Código Sanitario, promulgado en julio de 1891” [p. 431]; para éste último dato histórico véase Juan López, Mercedes. Las instituciones públicas de salud en México [capítulo XXV pp. 431-441] en: Urbina Fuentes, Manuel y otros (coordinadores). *La experiencia mexicana en salud pública: oportunidad y rumbo para el tercer milenio*. México, coedición Organización Panamericana de la Salud-Sociedad Mexicana de Salud Pública-Fundación Mexicana para la Salud-Instituto Nacional de Salud Pública-FCE, 2006.

¹⁴ En este sentido, se sostiene que “La Revolución Mexicana, contra lo que han afirmado algunos autores, no destruyó el aparato económico construido durante el Porfiriato”. Ver: Medina Peña, Luis. *Hacia el nuevo Estado*. México, edición del FCE, 1996, p. 84.

¹⁵ Ver: Lomelí, Luz. *Una lectura sociopolítica de la transformación de la política social en México* [pp. 165-194] en: Alonso, José y otros. *Op. cit.* De acuerdo con esta idea, se sostiene que la justicia social es un principio emanado de la revolución mexicana; a partir del análisis del diario de debates de la asamblea constituyente, la autora señala que para dicha diputación “Hacer justicia a los trabajadores significaba garantizar políticamente sus derechos sociales” [p.172]. En ella, continúa, hubo “unanidad en torno a las demandas obreras y campesinas” [p.170], además de que se construyó un nuevo orden “que avaló y orientó la política social mexicana durante varias décadas (...) debido a que “los campesinos y los obreros eran actores sujetos relevantes” [p.175].

Respecto a la afirmación de la autora en cuanto a la unanimidad del congreso constituyente alrededor de las demandas obreras y campesinas, se tiene que decir que había un proyecto (el de Carranza) que no las tomaba en cuenta al menos como finalmente quedaron formalizadas, pues su fin fue siempre actualizar la Constitución de 1857.

De esta manera, la conformación del Estado mexicano de tipo interventor, con carácter tutelar y de vocación nacionalista que se desarrolló durante el siglo pasado en el país, surgió de una correlación de fuerzas que resultó directamente del movimiento armado y en la que uno de sus nervios fueron los trabajadores concebidos estos en un sentido amplio.

En el aspecto económico, en dicho documento normativo de máxima jerarquía dentro del sistema jurídico mexicano, se abrió paso a la intervención del Estado en la economía; por ejemplo en el Artículo 27 se afirmaba su soberanía con el señalamiento de que a la nación le correspondía de manera originaria la propiedad de las tierras y aguas, la cual podía transmitir a los particulares, asimismo se establecieron límites así como reglas para la propiedad tanto de los extranjeros como del clero, se contempló la figura de la expropiación previa indemnización y por causa de interés público, esto último a pesar de que consagraba la propiedad privada como un derecho; también se reglamentó la propiedad rural, además de que el Artículo 28 prohibió el monopolio y las prácticas afines.

Por lo que hace a la cuestión social, se plasmó la inquietud por la situación de los trabajadores al tutelarlos a través de leyes que serían expedidas obligatoriamente por el congreso de la unión y las legislaturas estatales, ya que fue un mandato constitucional que así lo hicieran. Además de que sujetaba el contenido de esas subsecuentes normas a las bases que enumeraba tendentes a proteger a los "obreros, jornaleros, empleados domésticos y artesanos y de manera general, todo contrato de trabajo".¹⁶

¹⁶ El texto original, en su primer párrafo, decía: "El Congreso de la Unión y las legislaturas de los estados deberán expedir leyes sobre el trabajo, fundadas en las necesidades de cada región, sin contravenir a las bases siguientes, las cuales regirán el trabajo de los obreros, jornaleros, empleados, domésticos y artesanos y, de manera general, todo contrato de trabajo". Texto reproducido en: Briceño Ruiz, Alberto. *Derecho mexicano de los seguros sociales*. México, ediciones Harla, 1997, p. 82.

Hasta aquí, históricamente hablando, los rasgos de compatibilidad entre la política social y la política económica en México son varios; ambas nacen simultáneamente, comparten el mismo sustento normativo: la CPEUM, y las dos se gestaron en el ámbito propiamente político como consecuencia de una determinada correlación de fuerzas que resultó del movimiento armado de 1910.

La razón lógica de su concordancia tiene que ver con que finalmente las dos se erigen como instrumentos del Estado para alcanzar sus fines. Dicha relación coincidente resulta importante si se entiende que la política económica moldeará en lo sucesivo el contexto económico en el que se desarrolla actualmente la política social.

Luego de la Revolución Mexicana, la preocupación fundamental de los gobiernos se centró en hacer despegar la economía, articularla y darle dinamismo; esta prioridad primigenia junto con la obstinación de las subsecuentes administraciones para lograrlo condujo a que en México, desde este momento y hasta la actualidad, la política social quedara inexorablemente supeditada a la política económica pero sin que la intensidad de tal subordinación se mantuviera constante, sino que ésta varió en el tiempo conduciendo en diferentes momentos a la aproximación de ambas.

Esta misma obra reproduce inmediatamente después, como una de las bases aludidas, la fracción XXIX, la cual puede resultar importante por el objeto de estudio de la presente investigación; dice así: Se consideran de utilidad social: el establecimiento de cajas *de seguros populares*, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y otros con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión popular”. El subrayado es mío.

Una lectura políticamente más fina, lleva a diversos autores a sostener que a quien se protege con estas disposiciones es a los patrones. Ver, por ejemplo: López Acuña, Daniel. *La salud desigual en México*. México, siglo XXI editores, 2006 [décima edición], p. 104.

Por ejemplo, en el plano de la evolución de la política sanitaria en el país tal proximidad se manifestó en la combinación en algún grado de las medidas denominadas verticales que se orientan a la disminución y prevención de las enfermedades, junto con las horizontales que buscan predominantemente incidir en las condiciones de vida, ello entre los años 30 y la década de 1970, pero cuya sinergia se aminoró notablemente con la irrupción en la década de 1980 de las políticas de tipo neoliberal a partir de las cuales la política social se ocupa de paliar los efectos de la crisis así como de ofrecer a los más pobres un piso social básico, reduciéndose con esto su efectividad. La consecuencia práctica para la política sanitaria es que ésta tiene desde los años ochenta como principal orientación las medidas de corte vertical.¹⁷

Para lograr el arranque económico, en el periodo que va de 1920 a 1940 se dotó al gobierno de instrumentos con el fin de que pudiera participar directamente tanto en el plano económico como en el social.¹⁸

No obstante lo anterior, la concurrencia gubernamental en estos dos planos no establecería desde luego ni desde entonces una articulación equilibrada y recíproca entre ellos; la lógica en el ejercicio gubernamental era clara: primero crecer y luego repartir, sin considerar que al repartir bien se puede crecer más y que cuando se reparte a grandes escalas se generan expectativas que demandarán más bienes que los que se entregan.

Al proceder de tal manera se descuido tanto el aspecto de generación de condiciones futuras para continuar con el crecimiento (inversión en

¹⁷ Morelos B., José. "Salud, enfermedad y muerte". *Revista Demos* del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, número 12, año 1999, pp. 12.

¹⁸ de Gortari, Hira y Ziccardi Contigiani, Alicia. *Instituciones y clientelas de la política social, 1867-1994* [pp. 201-234] en: Cordera Campos, Rolando y otros. *Op. cit.*, p. 206.

tecnología e investigación, por ejemplo), así como el diseño y gestión de las políticas sociales que permitieran acumular tanto como fortalecer la experiencia institucional propia, bajo la práctica del ensayo-error en la materia.

Ello se entiende más claramente si se discierne puntualmente tanto el contenido como la dirección de los lazos establecidos entre la política económica y la política social en México durante ese lapso:

La política económica de los años veinte y treinta se caracterizó por dos cuestiones fundamentales. De un lado, por el diseño puesto en marcha de los mecanismos para reestablecer una economía dañada y parcelada y, de otro, por los empeños por definir el papel del Estado en la economía. Para esto último se contó con una Constitución que, bajo un esquema liberal e individualista, incorporó los derechos sociales y definió las bases jurídicas de un Estado interventor y nacionalista bajo el liderazgo presidencial, concebido éste como “la pieza fundamental del sistema de gobierno mexicano”.¹⁹

La estrategia, entendida como acción gubernamental para lograr esos objetivos, fue el pragmatismo que orientaba la acción coyunturalmente hacia donde se requiriera, lo que hizo que la práctica política en general y de la política social en particular, se hiciera cada vez más independiente de los principios establecidos en la CPEUM, los cuales, por otra parte, debido a su generalidad siempre están sujetos a la interpretación. Ante la inexistencia de un conjunto de mercados estructurados y funcionales, el gobierno se vio compelido a construirlos y a disponerlos de acuerdo con las necesidades del momento, todo ello se constituyó en suma como la variante del capitalismo en el contexto mexicano.

La actividad así desplegada por el gobierno a nombre del Estado, permitió que se estableciera un vínculo fuerte entre el gobierno y los

¹⁹ Medina Peña, Luis. *Op. cit.*, p. 86.

obreros por una parte, pero también con los empresarios por la otra, el cual se expresará en ambos casos como corporativismo. Esquema, éste, en donde desde el momento que el Estado organizaba a ambos grupos, los tutelaba supeditándolos a los fines del régimen político, ello ante la falta de condiciones de todo tipo pero principalmente económicas y culturales en un país atrasado, para que ellos mismos, al desarrollarse, buscaran sus propios mecanismos de representación y organización.

El contexto mundial en el que despuntó la Segunda Guerra Mundial como mecanismo definitorio del orden internacional, permitió que el país impulsara su industrialización bajo lo que se denominó el modelo de sustitución de importaciones. De productor y proveedor de materias primas, pasaría de 1940 a 1970 a fabricar bienes de capital intermedio y a erigirse como provisor de manufactura.

Parte de los recursos que se obtuvieron bajo este esquema se destinaron a la edificación de organizaciones y para la cimentación de instituciones que atendieran las necesidades sociales de los grupos trabajadores, en la medida que éstos dotaban de la viabilidad y la estabilidad mínimas requeridas por un modelo económico cifrado en la explotación del trabajo humano.

Por ejemplo, en 1943 se publicó la Ley del Seguro Social (LSS) y se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), junto con la Secretaría de Salubridad y Asistencia; en este mismo sentido durante 1959 se expidió la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado para crear su respectivo instituto.

En buena medida, el objetivo central que era el crecimiento económico como fruto de un conjunto de mercados construidos por la acción gubernamental, la cual se mantiene firme en ellos durante todo el

periodo, es visualizado por la clase gobernante como un factor de estabilidad, lo que demuestra una fe en el Estado como un elemento articulador de mercados pero también en ambos (Estado y mercado) como productores de bienestar. Los resultados irían en contrasentido de dichas creencias, con la salvedad de que una explicación de las causas de tal desatino se orienta necesariamente hacia al papel de las elites en la conducción de ambos mecanismos de relacionamiento social.

En términos macroeconómicos, el PIB creció a una tasa anual de 4.48% para el periodo de 1930 a 1940 y de este último año a 1970 el mismo indicador aumentó a una tasa anual de 6.3%, proceso éste último conocido como el milagro mexicano.²⁰ Sin embargo el mismo no fue tal para los grupos más necesitados, ya que la distribución del ingreso fue limitada; si en 1950 la mitad de los más pobres recibía el 19% de los ingresos totales, en 1957 este monto disminuyó a 16%, alcanzando tan sólo el 15% en 1963. Mientras que el 20% más rico recibió el 60% de los ingresos, el 61% y el 58% respectivamente. En el mismo sentido, durante 1975 el 50% de los más pobres recibían tan sólo el 13% del ingreso nacional y el 20% de los más ricos el 62%.²¹

Bajo esta óptica, los beneficios del crecimiento económico no se socializaron lo suficiente y ello obedeció en buena medida a la subordinación de la política social como un accesorio de la política económica. Las manifestaciones de descontento más palpables ante tal

²⁰ Para Luis Medina, en la obra que ya se citó, los gobiernos adolecieron de modelos y las medidas tomadas fueron coyunturales y pragmáticas, privilegiando la búsqueda de equilibrios para garantizar la estabilidad, configurándose así las políticas económica y social que dieron forma al milagro mexicano del que destaca tres periodos: 1935-1956, importante intervención económica del Estado con un significativo papel social de éste que dio como resultado crecimiento con inflación; de 1957 a 1972 se verifica el crecimiento con estabilidad de precios y del tipo de cambio, y entre 1972-1985 la disminución de la tasa de crecimiento hasta volverse negativa, siempre con inflación.

²¹ Véanse: Campos, Julieta. *¿Qué hacemos con los pobres?* México, ediciones Aguilar, 1995, pp. 204-223 y Méndez Morales, José. *Problemas económicos de México*. México, edición: McGraw Hill, 1994, p. 50.

estado de cosas se verificaron con los movimientos de los ferrocarrileros, pilotos aviadores y telefonistas (1959), de maestros (1960) así como el estudiantil en 1968. La respuesta sistemática de las distintas administraciones gubernamentales ante ellos fue la represión.

Las condiciones económicas imperantes en ese entonces, que se resumen en la necesidad de construcción de una modalidad del capitalismo, trastocaron el orden lógico de aparición de los esfuerzos políticos: si en los países más ricos primero surgieron las relaciones capitalistas de producción con la subsecuente expresión de sus contradicciones inherentes, a las que se intenta aliviar después mediante la política social pero también a través de la política económica, en México la ausencia de este tipo de relaciones sociales condujo a que ambas (política social y política económica) se utilizaran como medios para crear tales relaciones capitalistas, lo que desvirtuaba sus fines, pues en la realidad sirvieron para originar primero, lo que deberían haber regulado.

Así, a las contradicciones básicas que debía atender la política social se sumaron las de su propia identidad originaria, lo que la hará más fácilmente manipulable.

En atención al grado que describe esta correspondencia en el terreno práctico dentro de la realidad mexicana, se puede establecer una relación de proporcionalidad inversa entre ambas según la cual, hasta ahora, si la política económica entendida como intervención gubernamental se reduce, las necesidades que debe cubrir la política social se incrementan, por lo menos ello es así en ausencia de un mercado fuerte, dinámico y más o menos equitativo respecto de la distribución de los frutos producidos, estadio éste último al que por lo general se llega a través de acciones gubernamentales estratégicas y contundentes.

Pero también se puede hablar de otra relación entre ambas, de acuerdo con la cual las variaciones cuantitativas y cualitativas de la política económica hacen de la política social un instrumento que funciona como un modulador de la primera.

De igual manera, en el plano político la articulación de la política social hace que esta tenga un carácter netamente accesorio, en la medida que el gobierno construyó por sí mismo a los actores con quienes tendría que "negociar" sus términos y alcances, de tal manera que quedó en posibilidad de imponerla verticalmente, sin oposición, frente a la falta de contrapesos reales e institucionales que tuvieran efectividad, además de que pudo acomodarla cuantas veces fuera necesario a la coyuntura, lo que le restó permanencia y con ello finalmente efectividad.

La década de 1970 está caracterizada por el agotamiento de las directrices económicas emprendidas, crisis recurrentes e inflación con la subsiguiente caída del poder adquisitivo. La expresión del descontento se plasmó en brotes de guerrilla, cuyo significado político es la negación del régimen. Algo había que hacer pero la crisis, por su propia naturaleza, deja pocos márgenes de acción.²² En virtud de esas mismas razones dicho

²² Al finalizar el sexenio de Luis Echeverría (1970-1976) en un escenario de crisis económica cuyos síntomas fueron un promedio anual de incremento inflacionario del 14.2%, aumento del déficit en la balanza comercial del orden del 306% y el endeudamiento que creció a una tasa anual de 29.8%, lo que se tradujo en un incremento total de 4.6 veces. Todo ello trajo como consecuencia la devaluación del peso que se había sostenido durante 20 años a una tasa de cambio de 12.50 respecto del dólar, generando desconfianza y renuencia para invertir; así, frente a la imperiosa necesidad de recursos se dibujó la aplicación de un plan de estabilización cuya oportunidad tomaba forma a partir de las visitas que hicieron las tres misiones del Fondo Monetario Internacional (FMI) al país en noviembre de 1974, febrero de 1975 y marzo de 1976. Para agosto de ese último año el presidente del Banco de México visitó Washington y en septiembre el gobierno mexicano se sumaba al programa del organismo internacional. Dos meses antes del relevo presidencial se firmó un acuerdo de estabilización, el apoyo consistió en 1,975 millones de dólares (mdd), 213 servirían para corregir la balanza de pagos y 596 representaban una garantía para que el país fuese sujeto de crédito.

Una nueva crisis en 1982, en gran parte provocada por la dependencia de la economía nacional respecto de la actividad petrolera, se exteriorizó en un incremento de la inflación del 100%, en estas condiciones el gobierno, con el fin de contener la dolarización de la economía (50% de los depósitos en la banca

trance, al mostrar que mucho de lo que se hizo no tuvo los efectos deseados, abrió en el ámbito político el horizonte para la definición de nuevas directrices.

En este marco, la política social siguió en operación bajo el molde y la orientación anterior, aunque se pretendió extenderla y dotarla de mayor profundidad (por ejemplo en 1973 se modificó la LSS para, entre otras cosas, ampliar la cobertura del seguro social hacia el campo, mismo objetivo que el del programa IMSS-COPLAMAR de 1979). Dicha pretensión en su aspecto más general, aunada al anuncio de una reforma fiscal con rasgos de progresividad, alertaron al sector empresarial que en 1975 se agrupó en el Consejo Coordinador Empresarial (CCE); en lo futuro, los dueños del capital se erigirían como un actor de peso en la definición de la

privada y mixta estaban en dólares) incrementó la tasa de interés y deslizó el tipo de cambio, pero los resultados fueron contraproducentes: la desconfianza y el clima para una devaluación eran inminentes, lo que ocasionó la profundización de la dolarización y la fuga de capitales; en junio de 1981 se tomaron medidas contraccionistas como reducir el gasto público en un 4%, para enero del año siguiente la devaluación del peso era de más del 45%, el PIB creció .5%, la tasa de desempleo reconocida era del 10%, mientras que la inversión disminuyó en 12.7% la pública y en 20% la privada. México se declaró insolvente ante la comunidad internacional que de inmediato le suspendió préstamos, por lo que se vio de esta manera obligado a negociar con el FMI para que se lo reestablecieran.

En la carta de intención suscrita el 10 de noviembre de 1982, el país se comprometía a reducir el déficit de la cuenta corriente de la balanza de pagos en 5.8 mdd, sanear las finanzas públicas, bajar el porcentaje en la relación deuda-PIB y la déficit-PIB en 3.5% durante los siguientes tres años, disminuir el gasto público, abatir la evasión fiscal y ampliar la cobertura impositiva, ajustar la tasa de interés a los objetivos de la política monetaria y financiera, estimular el mercado de valores, flexibilizar la política cambiaria como medio para mantener la competitividad, reducir las importaciones y la fuga de capitales, mantener la política salarial en función de los objetivos del empleo y la productividad, racionalizar el sistema proteccionista del mercado donde se incluían aranceles, incentivos a la exportación y el requisito de permisos previos para importar. Los datos se encuentran recopilados en: Vera Silva, Jesús. *Globalización y planeación estratégica para la calidad del servicio público*. Tesis de licenciatura en Ciencia Política y Administración Pública-Facultad de Ciencias Políticas y Sociales (UNAM). México, el autor, 2004, pp. 70-72.

A partir de los anteriores datos y hechos, en la investigación citada se llega a la conclusión de que: “la política económica del país quedó supeditada a lineamientos de corte francamente liberal cuyo fondo es la redefinición del papel del Estado en la economía, privilegiando simultáneamente el control de las variables macroeconómicas sin establecer metas precisas en lo relativo a los niveles de bienestar de la población” [p.72].

política en general, y como consecuencia de ello también en la orientación de la política social.

En esta época de crisis el alcance de la política social menguó. Algo había que hacer; la salida previsible fue la apertura limitada (ley electoral de 1977) del régimen político, entendido como conjunto de reglas para el acceso y ejercicio del poder público. Con ello se abría la posibilidad de que la oposición organizada compartiera el ejercicio gubernamental, lo que trajo como consecuencia que comenzaran a sumarse más actores e intereses en el establecimiento del paradigma de la política social.

Desde el inicio de la década de 1980 hasta la actualidad se delimitara el nuevo rumbo que se habría de seguir para atender la cuestión social frente a una realidad diversa, más compleja y menos acomplejada que la anterior: un nuevo modelo económico orientado hacia el mercado, la apertura del país, la aceleración en la dinámica de los procesos sociales, una mayor interdependencia, un nuevo grupo gobernante compacto y transpartidista que confiesa su fe en el mercado como mecanismo idóneo para la reproducción social.

Además de que dicha élite pretende traspasar la definición de la política como arte, para postular, por mediación de las necesidades que impone la cruda economía, la connotación de aquella como una mera técnica; por si fuera poco, se observa la multiplicación de grupos y demandas sociales.

Si las primeras medidas de liberalización de la economía mexicana fueron tomadas en razón de compromisos asumidos por el gobierno mexicano frente a organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI), entre la definición de las nuevas directrices que se llevaron a cabo debido a una necesidad imperiosa de capitales se optó

finalmente por la apertura "hacia afuera" (comercial) de una manera más o menos rápida, así como una apertura "hacia adentro" (política, mucho más restringida que la primera, sólo lo suficiente para mantener la cosa pública en cauce y en aras de legitimar a la primera), que fue más bien consecuencia de las fuerzas que desató la retracción de la actividad gubernamental con las que el grupo gubernamental sabría negociar encarecidamente.

La apuesta por el mercado en lugar de la participación gubernamental a nombre del Estado, que se verifica desde el primer lustro de la década de 1980 y que avanza en el país progresivamente (todavía coexisten ambas modalidades, aunque con una clara ascendencia y pujanza del primero), lenta pero segura frente a las resistencias que le son inherentes en un mar de contradicciones (desde las lógicas hasta las políticas y las sociales)²³, lleva a lo que en el primer apartado de este capítulo se denominó como la refuncionalización de la política social.

²³ En realidad, las negaciones internas del mercado capitalista se manifiestan conjuntamente en esas tres dimensiones a la par, sin embargo se les puede clasificar de tal manera para fines de su estudio. A grandes rasgos, en el plano lógico la competencia perfecta es el pilar de la teoría neoclásica que justifica al mercado como el medio idóneo para la reproducción, el cual se sustenta principalmente en tres elementos: equilibrio de los mercados vía la oferta y la demanda, sujetos racionales e información completa. Por lo que hace a las denominadas contradicciones lógicas, ellas tienen que ver con los cuestionamientos que se hacen desde el plano analítico y teórico al mercado; entre ellas, la pretensión de la competencia perfecta se sustenta, según la teoría neoclásica, en la gran cantidad de compradores y vendedores cuya competitividad se incrementaría gradual y sostenidamente, obligándolos a ofrecer mejores productos, contrarrestándose e impulsándose mutuamente y de manera permanente, evitando implícitamente que mecanismos distintos a los de la oferta y la demanda fijen los precios.

Sin embargo, en la realidad la competencia no es un fin, sino un medio en pro de la ganancia; además de que la libertad económica total conduce a la desigualdad y a la concentración de la riqueza, cuyo ejemplo más acabado son las empresas transnacionales que operan autosuficientemente traspasando fronteras pero quedándose con la inmensa mayoría de los beneficios económicos, con mayor posibilidad de florecer en las áreas geográficas donde se les deje en libertad de operar. Asimismo, una actitud egoísta, racional y maximizadora para la competencia mutua en el mercado choca abiertamente (por ejemplo el dumping) con la necesidad de conductas para sacar adelante los intereses en común que han de materializarse, aunque sea sólo en algún grado, en la vida en una colectividad para que ésta última tenga viabilidad. Por otra parte, la información completa para todos los competidores es inexistente porque figura como un servicio con un precio al que sólo acceden quienes pueden pagar por ella.

Este concepto pretende denotar un cambio cualitativo de la política social mexicana, la cual, como también ya se dijo en su oportunidad, nace funcionalmente desvirtuada en el país si se le examina a la luz de la doctrina social existente, lo que obliga a considerarla como tal con todas las particularidades con que se gestó y desarrolló, pues negar su existencia en esta latitud simplemente porque no se ajusta a la teoría resultaría estéril, ya que proceder de tal manera llevaría al absurdo de no estudiar los problemas sociales debido a que por regla general estos son más vastos y ricos que cualquier construcción que pretenda explicarlos.

Siguiendo estos planteamientos elementales, a los cuales también rebasa la complejidad de la realidad, se puede decir que los supuestos de la información completa, los agentes racionales y la economía equilibrada por la oferta y la demanda que pretenden respaldar a la competencia perfecta como una realidad no se comprueban y por lo tanto no sirven para explicar cabalmente lo que acontece en los mercados. Y si esto es verdad, el mercado por sí solo no puede alcanzar los objetivos de asignación eficaz de recursos ni mucho menos el de garantizar el bienestar general. En definitiva: no es el mecanismo idóneo para la sociedad, no si camina solo y a tientas. Al respecto, véase Ayala Espino, José. *Mercado, elección pública e instituciones*. México, UNAM-M.A. Porrúa, 1996, comentado por Vera Silva, Jesús. *Op. cit.*, pp. 80-83. En la primera obra se hace una revisión de las teorías que tratan el papel del Estado en la economía; a partir del análisis comparativo de la teoría neoclásica y la de las fallas del mercado, su autor encuentra las deficiencias del mercado. Las líneas generales de investigación propuestas en esta confrontación son las que se abordaron en la primera referencia.

Entre las contradicciones que le opone la realidad social y política en México, destacan que 53.7% de la población mexicana vive en condiciones de pobreza y el 24.2% en la miseria; sin embargo Julio Boltvinik, quien es un estudioso de la materia en México, manifiesta que en el país el porcentaje de personas que viven en la pobreza con respecto del total es del 70%. Por otra parte, Miguel Székely sostiene que México es el quinto país más desigual del mundo. Además de que, de acuerdo con el Informe sobre Desarrollo Humano 2000, para 1998 el país ocupaba el lugar 12 de acuerdo con la clasificación del índice Gini a nivel mundial, mientras que entre 1987 y 1998 el 20% más pobre de la población recibió solamente 3.6% del ingreso y el 20% más rico el 58.2%, en tanto que las personas que sobrevivían en condiciones de miseria representaban el 17.9% de la población total.

Las cifras se pueden verificar en: Székely Pardo, Miguel. La desigualdad en México: una perspectiva internacional [pp. 45-73] en: *Memoria del foro 'Superación de la pobreza, diálogos nacionales.'* México, edición BID, 2000; así como Arturo Salgado, "Pierde el país 91 empleos cada hora." *Diario el financiero*, 26.06.01, p.14; Banco Mundial. *Informe sobre desarrollo mundial 2000-2001*. Madrid, ediciones mundi-prensa, 2001, p.55. y Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe sobre desarrollo humano 2000*. Barcelona, ediciones mundi-prensa, 2000, p. 169; Ramírez, Fernando. "En la décima economía del mundo, 53.7% de la población vive en la pobreza." *Diario el financiero*, 14.08.2002. pp. 44-45 y Boltvinik Kalinka, Julio. "Dos Años Después: más pobres." *Diario la jornada del día* 22.07.02, p. 23.

La mutación de la política social en México se enmarca dentro de su papel como mecanismo provisor de bienestar y como consecuencia de ello, de reproducción social.

Si en su origen moderno en el país (1917) nace a la par que la política económica como resultado de una determinada correlación de fuerzas en el ámbito político, línea que continúa en paralelo a la hora de determinar y construir las organizaciones e instituciones a través de las que intentara materializarse (1920-1940); durante su instrumentación (1940-1970) se convertirá no sólo en una herramienta para paliar los resultados de las relaciones industriales y de trabajo de tipo capitalista, sino que de manera destacada también fue un instrumento para construir éstas últimas como tales.

En tanto que en su fase de redefinición (1970-1980) tiene una profundización más discursiva que real que mengua frente a la magnitud de la crisis; finalmente, aunque de nueva cuenta mediada por la contradicción expresa de intereses y de relaciones de poder, se refuncionaliza (1982-2009), lo que implica su subordinación progresiva a las necesidades del mercado.

2.3 *El sector salud y la política sanitaria. Interpretaciones de una misma radiografía*

Para que la política social se materializara se estructuró en México un conjunto de organizaciones de diversa índole.

En el caso de la política sanitaria ocurrió lo mismo; si la creación de organizaciones destinadas a brindar servicios en el rubro tiene como justificación la búsqueda de mejores niveles de salud para la población como una de las condiciones para lograr su bienestar, en la práctica, como política que es, finalmente quedo sujeta a las necesidades del régimen y como tal respondió desde sus orígenes a la búsqueda de legitimidad, lo cual determinó desde luego las formas adoptadas para su establecimiento, así como sus objetivos y resultados, además de las relaciones mismas que entablaran entre sí dichas organizaciones.

Hablar de un sector implica en el ámbito político y administrativo mexicano²⁴ un conjunto de organizaciones formal y jerárquicamente dispuestas para la consecución de los objetivos del gobierno en un ámbito determinado de la vida social.

En su origen (1976), la sectorización fue concebida como un mecanismo que conduciría más racionalmente los esfuerzos que diversas organizaciones gubernamentales llevaban a cabo (la mayoría de las veces de forma desordenada y sin conexión entre ellas) en aras de lograr los objetivos y los fines para los cuales se establecieron. Tal desorganización obedeció principalmente al pragmatismo que como rasgo distintivo describió la acción gubernamental en materia de política social, así como al carácter accesorio de ésta última desde su origen en el país, ambas características ya analizadas arriba.

²⁴ La sectorización de la administración pública fue concebida en 1976 para mejorar su organización, consiste en agrupar las entidades paraestatales en sectores definidos, de acuerdo con lo que tenían o tienen de común en cuanto a sus actividades, funciones y objeto, bajo la coordinación de una secretaría de Estado con el fin de lograr mayor eficacia y eficiencia. La formación de los sectores (cuántos y cuáles) se establece a discreción del jefe del ejecutivo federal a través de acuerdos presidenciales. En este sentido, se le puede ubicar como una política pública destinada a darle una determinada racionalidad al ejercicio gubernamental.

En la medida que a partir del esfuerzo gubernamental se estructuró el sector salud tal y como éste se ubica en la actualidad, aunque con transformaciones funcionales que cronológicamente vendrán después y que se abordan más adelante en este mismo apartado, se le toma como punto de partida²⁵ para desentrañar en su momento la lógica de la reforma al sector salud como aspecto definitorio de las políticas de salud que se implementan actualmente en México dentro del marco de la refuncionalización de la política social.

²⁵ Una descripción cronológica sumaria respecto de las organizaciones gubernamentales establecidas en México para la atención de la salud, queda como sigue: En 1524 se fundó el primer hospital con carácter de asistencia pública, cuya denominación fue “La Purísima Concepción y Jesús de Nazareno”; en 1628 se creó el Tribunal o Junta del Protomedicato, el cual se transformó durante los inicios de la Independencia del país en la Junta de la Facultad Médica del Distrito Federal y cuya función principal en el sentido que aquí se aborda consistió en la elaboración y publicación del reglamento del Consejo Superior de Salubridad, organismo éste último que reemplazó a la Facultad en 1841; en 1852 se instituyó la Sociedad de Beneficencia; en 1861 se secularizaron tanto los hospitales como los establecimientos de beneficencia, mismo año en el que se crea dentro del Despacho de Gobernación la Dirección de Beneficencia Pública.

En la CPEUM de 1917 se estableció el Consejo de Salubridad General en lugar del Superior de Salubridad; hacia 1917 con la Ley de Organización Política del Gobierno Federal se creó el Departamento de Salubridad Pública; en 1932 se creó el Servicio de Sanidad Federal en los Estados, seguido por la Oficina de Servicios Coordinados de Salubridad en los Estados en 1932. La creación de la Secretaría de Asistencia Pública se verificó en 1937, y en 1943 se llevó a cabo la fusión de ésta última con el Departamento de Salubridad Pública para dar lugar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia; en ese mismo año quedó establecido el Instituto Mexicano del Seguro Social por su ley respectiva; en 1955 se estableció el Instituto Nacional de Bienestar a la Infancia y durante el sexenio de 1952-1958 se estableció la Dirección General de Atención Materno Infantil. En 1959 se instituyeron las subsecretarías de Salubridad y la de Asistencia; en éste último año la ley del ISSSTE dio cabida a la creación del ISSSTE; en 1961 se creó el Instituto Nacional de Protección de la Infancia, mientras que en 1965 se inauguró el Centro Médico Nacional, mismo año en que comenzó a funcionar la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, que respondió a la necesidad de coordinar las actividades de las dependencias y organismos descentralizados que contaban con funciones análogas a las de la SSA, lo cual hace de éste esfuerzo un antecedente directo de la sectorización.

Para 1968 se estableció el Instituto Mexicano de Atención a la Niñez; en 1975 se creó el Instituto Mexicano de Protección a la Infancia. Para mayor abundamiento respecto de la trayectoria histórica de las organizaciones gubernamentales para la atención a la salud, así como de su interpretación a la luz de la política de salud en el país se pueden ver: Ruiz Sánchez Carlos Humberto. *Op. cit.* [2001]; Yañez Campero, Valentín. H. *La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México*. México, INAP, 2000, pp. 13-35; Juan López, Mercedes. *Op. cit.* Una referencia recurrente de estas obras y que se considera fundacional en el estudio histórico de los aspectos de la política de salud en el país es: Álvarez Amezcuita, José. *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*. México, edición Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960, cuatro tomos.

Ahora bien, si se ubica el origen de la sectorización en su contexto más amplio, se puede ver que se trata de la etapa de crisis a partir de la cual se definirían las nuevas directrices que habrían de seguirse no sólo en materia de política de salud, sino de política en todas sus dimensiones; de tal manera que como intento de racionalización de los esfuerzos gubernamentales en el ámbito de la salud como parte de la política social, se puede entender fácilmente su pertinencia.

Pero el proceso no estuvo exento de escollos, precisamente porque en la base de la transformación que se pretendía instaurar subyacía un cambio que implicaba a su vez reconfigurar las relaciones de poder. Debido al pacto corporativo entre gobierno, trabajadores y patronos que tuvo una de sus expresiones en la creación del IMSS, este instituto era con mucho el organismo más poderoso del naciente sector salud de tal forma que los intereses creados en su interior responderían ante cualquier intento de restarles primacía.

Para 1978 el IMSS brindaba servicios de salud a 20 millones de personas, lo que representaba un 29.9 % de la población total en el país, pero fue la institución del sector que más recursos recibió a lo largo de toda la década, de tal manera que existió

(...) una concentración de recursos económicos en el IMSS (25 a 38%) y, en menor grado en el ISSTE (11.5 a 15.4%), con poblaciones derechohabientes más reducidas que la SSA, cuando ésta sólo ha contado, entre 1971 y 1979 con un porcentaje que va del 5.6 al 6.7% del gasto en el sector desarrollo social. Así, para cubrir una población 3 veces mayor, la SSA sólo ha tenido de la tercera a la quinta parte de los recursos de las otras instituciones de salud y seguridad social.²⁶

²⁶ López Acuña, Daniel. *Op. cit.*, p. 174. Sin embargo, Asa Cristina Laurell, puntualizando el origen de los recursos hace la observación de que en 1992 “la aportación fiscal del gobierno -N\$6,123 millones- a las instituciones de población abierta es mayor que a la seguridad social” que fue en ese entonces de N\$3, 200 millones si se incluye su cuota patronal al ISSSTE, o de N\$1,100 millones sin ésta. Ahora que, si se suman los dos rubros, es decir, cuotas obrero-patronales en total y aportaciones fiscales, la seguridad social absorbió 79% del presupuesto público en salud. Ver, de la autora y Ruiz, Liliana:

Este hecho le dará en lo sucesivo un carácter segmentado al sector salud, cuyas expresiones adquieren principalmente dos sentidos: primero, la determinación de los sujetos que pueden acceder a los servicios de salud obedeció a la funcionalidad de éstos para el régimen; así, en la época de la industrialización, resultaba imperativa la protección y el cuidado del grupo que mediante su trabajo ponía el elemento esencial para lograrla: el trabajo en la fábrica.

La segunda expresión, como manifestación inmediata de la anterior, se ubica en los diversos tipos de servicios (en cuanto a cantidad y calidad) de salud a los que tendrían acceso, por un lado el de los trabajadores afiliados que sería mayor a los de los grupos que se incorporarían en virtud de las acciones que se desprendieran de la pretensión de alcanzar la cobertura universal, añeja en el discurso oficial mexicano.²⁷

La fuerza e intereses dentro del IMSS, llevaron a que el sector salud describiera como una de sus características un determinado tipo de sectorización llamado programático en donde

¿Podemos garantizar el derecho a la salud? Requerimientos para ampliar la cobertura del sistema público de salud. México, coedición UAM-Fundación Friederich Ebert, 1996, pp. 57-58.

²⁷ Así, al inicio del sexenio de Adolfo Ruiz Cortines (1952-1958) se habló de que los programas estuvieran dirigidos a llevar los beneficios de la salud y la asistencia a toda la nación; mientras que en la administración de Adolfo López Mateos (1958-1964) se establecieron directrices para hacer de la salud pública un instrumento que se basara en el mejoramiento de las condiciones de vida de todos sus habitantes; durante el periodo gubernamental de Gustavo Díaz Ordaz (1964-1970) se buscó la ampliación de los servicios de salud mediante la creación en 1965 de la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social.

Ya dentro del establecimiento formal de planes, el Plan Nacional de Salud 1974-1983, estipulado dentro del gobierno de Luis Echeverría Álvarez (1970-1976) señalaba como uno de sus objetivos extender la cobertura de servicios sanitarios y asistenciales a la totalidad de la población, otro más fue incorporar a la población en el desarrollo de programas de salud. En este mismo periodo, la entonces nueva Ley del Seguro Social pretendió ampliar sus servicios más allá de los trabajadores y su familia, dirigiéndolos a los grupos marginados y población abierta a discreción del propio IMSS. Ver: Ruiz Moreno, Ángel Guillermo. *Nuevo derecho de la seguridad social.* México, editorial Porrúa, 2006 [décima edición], p. 39; así como Yáñez Campero, Valentín. *Op. cit.*, pp. 28-35.

(...) las entidades sectorizadas no guardan ninguna relación funcional o jerárquica con la cabeza de sector, sino que es una coordinación de programas y se circunscriben únicamente al sector salud, ya que los servicios de salud a cargo de la administración pública federal se sitúan en el sector administrativo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia pero también en instituciones externas del sector como son IMSS, ISSSTE, DDF, PEMEX, Lotería Nacional, Nacional Financiera y otras, por lo que fue necesario implementar una forma especial de coordinación para lograr la integración de los servicios de salud sin afectar la autonomía patrimonial, técnica administrativa y operativa de las entidades que brindan este tipo de servicio, ya que se podrían ver afectados los intereses políticos, tales como los sindicales...²⁸

Así las cosas, la sectorización en el ámbito de los servicios de salud derivó en tres modalidades:

1) La administrativa, que comprendía dos subsectores:

a) la asistencia social cuya coordinación quedó bajo responsabilidad del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (creado en 1977), dependiente del Ejecutivo Federal y que se integró al propio sector salud en 1982, junto con el Gabinete de Salud (creado en 1978). Éste subapartado busca la atención de los grupos más desprotegidos como derivación del objetivo originario de la SSA en 1943; y,

²⁸ Yáñez Campero, Valentín. *Op. cit.*, p. 78.

Conviene en este punto hacer una aproximación a la diferencia conceptual entre asistencia social y seguridad social. Se puede entender por asistencia social, según Ángel Ruiz Moreno, “el conjunto de normas de todo tipo, que integran una actividad del Estado y en su caso de los particulares, destinadas a procurar una condición lo más digna, decorosa y humana para aquellas personas que, imposibilitadas para satisfacer por sí mismas sus necesidades elementales y de bienestar social, requieren del socorro y la ayuda altruista, no obligatoria, de los demás”.

Mientras que la seguridad social, dice, es un concepto más filosófico que jurídico, que tiene, en la práctica, al seguro social como brazo ejecutor; pero como, continúa, no existe una noción contundente, categórica y específica opta por tomar la que da el artículo 2° de la Ley del Seguro Social vigente: “La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado”. Respecto de estas dos definiciones, léase: Ruiz Moreno, Ángel Guillermo. *Op. cit.* pp. 28 y 45.

b) el subsector de institutos nacionales de salud (cancerología, cardiología, perinatología, enfermedades respiratorias, de psiquiatría, o el de salud pública por ejemplo, los cuales se encargan, además de la prestación de servicios, de investigación y formación de cuadros médicos) coordinado directamente por la SSA.

2) La modalidad programática con fines de coordinación de las acciones llevadas a cabo por los múltiples organismos gubernamentales que prestan servicios de salud; se compone por el IMSS, el ISSSTE, el Instituto de Seguro Social de las Fuerzas Armadas así como las demás instituciones de seguridad social.

3) La vertiente sector público y social que engloba las dos ramas anteriores, además de organismos que brindan servicios de salud sin que ello constituya su actividad esencial.

En esta última se pueden ubicar los programas gubernamentales tendentes a ampliar la cobertura de los servicios de salud a través de la acción conjunta de organismos de asistencia y seguridad social, como es el caso del IMSS-COPLAMAR, cuyo surgimiento remite a la Coordinación General del Plan Nacional para Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) instituido en 1977 dentro de la estructura del ejecutivo federal; dicha instancia suscribió un convenio con el IMSS el 25 de mayo de 1979, con el objeto de "extender la infraestructura de servicios de salud y ampliar su cobertura a 10 millones de beneficiarios de zonas semidesérticas y marginadas del país",²⁹ su antecedente fue el programa IMSS-Compañía Nacional de Subsistencias Populares de 1977.

²⁹ Ver Levy Algazy, Santiago. *IMSS-OPORTUNIDADES* [capítulo XXIX, pp. 469-478] en: Urbina Fuentes, Manuel y otros. *Op. cit.*, p. 469.

Dicho programa cambió de nombre bajo el gobierno de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) a IMSS-Solidaridad para integrarlo a la política social de ese periodo, cuyo eje fue el Programa Nacional de Solidaridad, asimismo se convirtió en IMSS-Oportunidades con el gobierno de Vicente Fox Quesada (2000-2006), para ubicarlo bajo el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades que fue uno de los principales esfuerzos de éste gobierno en materia de política social y el cual mantiene, con algunas variantes, el esquema de su antecesor: el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA).

En este último esquema, como contraprestación de los servicios de salud los beneficiarios realizaban trabajo comunitario, además de que también aquí aparecen antecedentes del cobro a la denominada población abierta por los servicios que presta el Estado, ya sea en su modalidad de asistencia social (la SSA comenzó a cobrar cuotas de recuperación a partir de la década de 1970), o en la de seguridad social (desde finales de la década de 1950).

Con la finalidad de integrar el sector salud con el sistema nacional de planeación democrática y con el objetivo declarado de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud (elevado a rango constitucional en 1982), se pretendió en este año establecer las bases del Sistema Nacional de Salud (SNS) bajo la coordinación sectorial de la SSA, a la que por reforma de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal hecha ese mismo año se le confirió en el artículo 39, la facultad para establecer así como conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general.

El SNS, establecido en el artículo 5° de la Ley General de Salud de 1984, abrió deliberadamente el campo de los servicios de salud para las

organizaciones privadas³⁰ y sociales, al reconocerlas e incluirlas en ese mecanismo desde el cual se definirían formalmente a partir de entonces las políticas públicas en materia de salud.

Se trata del inicio de un cambio cualitativo en la concepción y articulación de los servicios de salud en México, reflejo también del cambio de orientación política para alcanzar el desarrollo, procesos dentro de los cuales dichos servicios se enfocarían cada vez en mayor grado como una oportunidad de negocio desde la óptica de los organismos privados cuya presencia crecerá gradualmente incluso en la definición de la política sanitaria³¹, mientras que en el gobierno se les visualizara como prestaciones sujetas, cada vez más, a racionalidades de índole económica. Si el sector público ocupará todavía el papel principal en el sistema de salud mexicano por la fuerza de las necesidades sociales, ya no será desde entonces el único actor en escena.

³⁰ El artículo aludido señala textualmente: El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

³¹ En cuanto al crecimiento del sector privado se tiene que entre 1987 y 1992 sus ganancias en México se incrementaron constantemente; de 1982 a 1986 su participación del PIB en lo referente a servicios médicos pasó del 48% al 60% y su índice de precios en 1992 fue 2.5 veces mayor que los servicios médicos públicos; las cifras están en Laurell, Asa Cristina. *Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social. Cómo garantizar y ampliar tus conquistas históricas*. México, editorial Planeta Mexicana, S.A. de C.V., 2001, p. 78.

Más recientemente (año 2005), de acuerdo con Pablo Escandón Cusi, director general de la empresa de distribución farmacéutica Nadro y miembro tanto del Consejo Mexicano de Hombres de Negocios como directivo de FUNSALUD, con motivo del seminario titulado "La Salud de los Mexicanos en el Siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos" por la celebración del XX aniversario de FUNSALUD declaró que el IMSS era ineficaz por lo que se debe abrir la prestación de servicios de salud a los particulares como sucede en Jalisco. Prueba de ello, agregó, es que "el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), al que está afiliada 40 por ciento de la población, en el año 2000 sólo atendió 34 por ciento de la demanda de servicios, en tanto que el sector privado resolvió 32 por ciento. Además, el Instituto tiene casi el doble de quejas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) -49.5 por ciento- respecto a las que enfrenta la iniciativa privada -27.5 por ciento-, lo cual da cuenta de su ineficacia" en: Leal Fernández, Gustavo. *El seguro popular en el Distrito Federal*. México, página de la *Revista electrónica Imagen Médica*: <http://www.imagenmedica.com.mx>, consultada el 26 de mayo de 2008, pp. 8, 44 y 98.

Es así como en la actualidad se cuenta con un sector salud constituido por un conjunto relativamente grande de organismos gubernamentales, quienes prestan bajo diferentes esquemas, o aún con la combinación de éstos, servicios de salud a la población, principalmente de las clases bajas y medias.

Los retos de dicho sector son, entre otros, ampliar la cobertura (aspiración y problema añejo al mismo tiempo), incrementar la calidad de los servicios, incidir en las condiciones de salud de la población para dotarla de los elementos que le permitan vivir con dignidad para que pueda desempeñarse dentro de un sistema con agudos problemas de pobreza, desigualdad y desempleo.

Dichos desafíos corren en paralelo con la dinámica que en México actualmente sigue la política social. En el análisis de tal relación se pueden identificar al menos dos perspectivas:

a) la de quienes sostienen que las medidas puestas en marcha en las dos últimas administraciones permitirán hacer frente a los problemas de salud y salir adelante (necesariamente la políticamente dominante, pues se tradujo en políticas públicas) y,

b) la de quienes mantienen una oposición crítica que señala que las mismas medidas, adoptadas para resolver los mismos problemas que ambos grupos analizan, acarrearán más problemas que los que intentan corregir a la par de que niegan los beneficios pretendidos por la primera posición.³²

³² Dentro de la primera posición se puede ubicar a Julio Frenk Mora, Benjamín González Roaro (*La seguridad social en México* [capítulo XXVIII, pp. 455-468] en: Urbina Fuentes, Manuel. *Op. cit.*, o Santiago Levy aunque con matices en este último caso. En la segunda posición se puede encontrar a Ricardo Páez, Gustavo Leal Fernández, Asa Cristina Laurell o Julio Boltvinik.

Finalmente, de lo que se trata es de dos visiones bien diferenciadas acerca de la salud en donde necesariamente subyacen intereses políticos y económicos. Sin embargo, ambas parten del mismo supuesto: un sistema de salud que no alcanzó sus objetivos y que resultó ser, cada vez más, menos funcional a las necesidades contemporáneas del país. En este caso, la diferencia no está simplemente en el cómo enfrentar los desafíos, sino en los valores que en ambos casos se pretende tiene y deben tener tanto la política sanitaria como el sector salud.

2.4 Ubicación del sector salud y de la política sanitaria como apartados de la política social. De padecimientos crónicos

Con el objeto de situar conceptualmente la salud dentro de la política social, es necesario puntualizar tres aspectos que ayudan a definir la relación entre ambos:

- el concepto de salud es, a grandes rasgos y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el estado completo de bienestar físico, mental y social,
- uno de los fines del Estado es precisamente el bienestar de su población y,
- el esfuerzo articulado del Estado para lograr el bienestar en la modernidad, ya sea con pretensiones máximas o mínimas, el cual se establece de acuerdo con la ordenación de las ideas dominantes pero sobre todo en función de la correlación de fuerzas que coyunturalmente existan en un tiempo determinado, se expresa bajo la forma de la política social.

Con estos elementos analíticos muy básicos es fácil advertir la relación directa que se establece entre la salud y la política social. Si se reconoce que ésta última aparece en el último cuarto del siglo XIX en Alemania, con un postulado claro respecto de la necesidad de leyes que protegieran a los trabajadores, entre otros, en el ámbito de la salud,³³ se puede ver que aparte del plano teórico, la relación coincidente se da también en el orden histórico.

En tanto que en el nivel práctico, si la salud es uno de los requisitos indispensables para alcanzar el bienestar, en la medida que la población o buena parte de ella no vivan con las condiciones precisas para que cuenten con una vida saludable y carezcan de los servicios para que accedan a niveles de salud aceptables con objeto de su integración al grupo dentro de un determinado modo de vida social, la política social buscará mediante la política en el ámbito de la salud, incidir en esas condiciones, pero sobre todo en la dotación de los servicios para que las personas y los grupos humanos cuenten con salud, por lo menos en algún grado.

Así planteadas las cosas, la relación entre política social y sector salud por un lado así como de la primera con la política sanitaria por otra parte resultan directas, tanto en el plano lógico como en el terreno práctico, además de que lo mismo ocurre en el más amplio contexto histórico.

³³ Según Mario de la Cueva: “En el último cuarto del siglo XIX se inició un gran movimiento ideológico y social en el viejo continente, una de cuyas grandes manifestaciones es lo que se llamó, en Alemania, la política social”. Citado por Ruiz Moreno, Ángel Guillermo. *Op. cit.*, p. 82. Para este último autor, la finalidad implícita de las leyes de excepción social así concebidas por Otto Von Bismarck, fueron incrementar el poder imperial, controlar al proletariado y calmar los brotes de descontento social [p. 64]. Esta expresión se ubica en el estudio histórico de la administración pública como cameralismo, tema que se puede consultar en Rosen, George El cameralismo y el concepto de policía médica [pp. 138-162] en: *De la policía médica a la medicina social*. México, editorial siglo XXI [segunda edición en español], 2005; así como Guerrero Orozco, Omar. La organización cameral y de policía en el Estado absolutista [capítulo 2, pp. 53-79] en: *Las ciencias de la administración en el Estado absolutista. La teoría de la administración pública en las ciencias camerales y la doctrina de la policía en Europa entre los siglos XVI y XVII*. México, ediciones fontamara, S.A. de C.V., 1986.

En el segundo de ellos, el caso de México muestra una serie de desafíos que tienen que ver con las condiciones necesarias para una vida comunitaria de carácter saludable, así como en relación con los servicios que presta el gobierno para incidir en tales condiciones. Esos retos se erigen desde luego, en la materia que intentan transformar o atenuar las políticas públicas que se implementan dentro del sector salud.

Con el fin de hacer explícita la ubicación tanto del sector salud como de la política sanitaria en tanto partes integrantes de la política social actualmente, se explica cada uno de los retos, para vincularlos después con las características que adopta la política social a partir de su refuncionalización; de esta manera se podrán dimensionar mejor las acciones que el gobierno implementa en la materia.

La pobreza. El primer desafío que explica en buena medida los esfuerzos del sector salud y la política sanitaria es la pobreza, pues los grupos humanos que la padecen difícilmente vivirán saludablemente. Si bien se acepta que tal estado de sobrevivencia representa un problema estructural a la vez que multifactorial, uno de los bienes con los que se intenta enfrentarla son los servicios de salud, pues teóricamente si una persona permanece sana podrá prepararse y desempeñar alguna actividad que alivie la condición en la que vive.

En México, según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), cuarenta y ocho millones ochocientos noventa y cinco mil quinientas treinta y cinco personas vivían en condición de pobreza (2006), lo que representaba el 47% de la población total (dpt), en cualquiera de sus tres dimensiones: alimentaría(18.2% dpt), de capacidades (24.7% dpt) o patrimonial (47% dpt). Destaca, para los fines del sector salud y de la política sanitaria, el hecho de que la definición de pobreza en cualquiera de los tres niveles expresa que las personas que la

padecen no tienen el ingreso necesario, entre otras cosas, para cubrir el consumo básico requerido en salud.³⁴

En este caso la salud, a pesar de ser una condición establecida como parámetro para vivir en o salir de la pobreza, no es un elemento que por sí sólo pueda reducir los niveles de pobreza en México, debido a las características de este problema.

La desigualdad acentuada. Otro de los problemas estructurales del sistema en su conjunto que incide directamente en la atención de la salud, y sobre el cual la política sanitaria actúa sólo de manera limitada es la desigualdad. En la medida que en el país existen grupos reducidos de personas que por su capacidad económica pueden acceder a los servicios de salud y otros mucho más extensos que carecen de esa posibilidad, las condiciones de salud de la sociedad en su conjunto tenderán a deteriorarse.

Durante el año 2005 se estimó que 70% de la población en México obtuvo el 35.8% del ingreso, mientras que el 30% de la población se quedó con el 64.2%.

De acuerdo con Miguel Székely, la desigualdad se concentra más si se avanza en la escala hacia los dos quintiles más pudientes, sugiriendo que lo mismo pasa si se subdividen en deciles y en centiles; asimismo apunta que las encuestas, al no captar algunos de los ingresos que tienden a estar mejor distribuidos mejoran la comparación de México respecto de otros países y por consiguiente su clasificación en el lugar 12 del mundo y 8 de la región latinoamericana pasaría, si se tomarán en cuenta los ingresos peor

³⁴ Muñoz, Alma E. "Cifras veladas por el gobierno reflejan el avance en la pobreza". México, diario la jornada, sección sociedad y justicia, 02.10.2006, p.46. Cabe recordar que Julio Boltvinik señala que la población que vivía en condiciones de pobreza en 2003 era del orden del 70 % de la población y no del 53.7% como sostuvo el Coneval para este último año.

distribuidos, al lugar 6 y 5 respectivamente. En conclusión, dice, México es uno de los países más desiguales del mundo.³⁵

El desempleo. Éste es también un problema estructural en el país, sobre el cual los servicios de salud poco pueden hacer como tal, más allá de que se requiere contar con niveles aceptables de salud para tener un buen desempeño laboral, pero sólo cuando se cuenta con el empleo o se tiene una perspectiva más o menos clara de poder alcanzar uno.

Sin embargo, la relación entre desempleo y salud, vista desde otro ángulo, sí tiene un peso específico que se debe ponderar y el cual se manifiesta en tres direcciones: uno, porque en el esquema de aseguramiento con mayor cobertura en el país, precisamente la categoría de trabajador implica acceso a servicios de salud, aunque ello no sea cierto en la generalidad, pues un trabajador asalariado en actividades del campo, artesanales, familiares o informales no accede mediante los mismos mecanismos que los del sector formal a dichos servicios.

En segundo lugar, al tener una actividad retribuida económicamente se está en posibilidad de acceder a bienes y servicios que permiten en teoría una vida más saludable, o por lo menos ello posibilitará, también hipotéticamente, contar con el sustento mínimo. La tercera vertiente tiene que ver con el estado de malestar que provoca en el individuo el hecho de estar desempleado,³⁶ pues el trabajo se convirtió culturalmente en uno de los referentes que explican al ser humano en su comunidad.

³⁵ Las cifras para 2005 se pueden ver en: Fernández Vega, Carlos. "Ser pobre en este país deja mucho, según INEGI". México, diario la jornada, sección economía, columna México SA, 02.10.2006, p. 30. En cuanto a la lectura que hace Székely, véase la obra que ya se citó con anterioridad.

³⁶ Para un acercamiento al tema, véase: Forester, Viviane. *El horror económico*, México, edición FCE, 1986.

En México, para junio de 2006 el IMSS registró 11.3 millones de afiliados permanentes, contra 11.8 millones de jefes de familia que obtienen ingresos de actividades informales no delictivas, según el INEGI; para éste último instituto, había en el país 43.9 millones de personas dentro de la categoría de población económica activa, con una tasa abierta de desempleo del orden del 1.5 millones, así como 5 millones que se declararon disponibles pero que no buscan empleo por considerar que no lo encontrarán.

Mientras que para esas mismas fechas, la Universidad Obrera de México manifestó que en ese año sólo el 35.7% de la población ocupada tuvo acceso a la seguridad social, o sean 15.1 millones de personas, en tanto que los ocupados sin acceso a esa prestación era del orden del 63.7%, es decir, 27 millones de personas.³⁷

La calidad de los servicios de salud. En el sector salud, se puede entender por calidad

(...) el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud, de manera congruente con las normas profesionales y con los valores de los pacientes. El concepto incluye dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera busca lograr los mejores resultados que la ciencia actual hace posible. La segunda es lo que se ha dado en llamar la “calidez” de la atención, es decir, el respeto al paciente como ser humano integral y la búsqueda de su satisfacción. El reto de la calidad demanda que en cada rincón del sistema de salud se dé a la gente mejores resultados, incluyendo atención pronta y trato digno.³⁸

³⁷ Para los datos de INEGI e IMSS, ver: González Amador, Roberto. “La economía informal, con más “afiliados” que el seguro social”. México, diario la jornada, sección economía, 17.08.2006, p. 28; en cuanto a la investigación de la Universidad Obrera, revisar: Zúñiga, Juan Antonio. “Déficit de más de 5.5 millones de empleos en este sexenio, revela UOM”. México, diario la jornada, sección economía, 26.09.2006, p. 27. Es interesante constatar que en la investigación a la que se alude en la última nota periodística señalada, se hace referencia al estado de malestar que provoca el desempleo para la persona que lo padece, como se sostuvo en su oportunidad.

³⁸ Frenk Mora, Julio José. Mensaje de presentación del Programa Nacional de Salud 2001-2006 en: *Programa Nacional de Salud. La democratización en México. Hacia un sistema universal de salud.* México, Presidencia de la República, 2001, p. VIII. Es necesario apuntar que el concepto de calidad, tal

De tal manera que su logro llevaría a la satisfacción del paciente en uno de los aspectos vitales de su existencia, es por ello que desde el programa gubernamental de salud del periodo 1994-2000 se habla de la calidad como un referente central para la definición de las políticas públicas sanitarias.

En este aspecto, la encuesta nacional de salud y nutrición 2006 señala que:

81.2% de los usuarios calificaron como muy buena y buena la calidad de la atención en general, y la categoría de Otras instituciones de seguridad social (Pemex, Sedena, Semar), cuya población asegurada es menor, obtuvo el mejor resultado por institución, con 96.6% de usuarios que así la perciben. En segundo lugar se encuentran las instituciones privadas, con 91.1%, seguidas de Otras instituciones públicas no clasificadas anteriormente, con 84.6%, y de los Sesa, con 78.5%. En el otro extremo, en el caso de las percepciones sobre calidad de la atención mala y muy mala, las instituciones que recibieron más altos porcentajes de esta calificación fueron, por cantidad de usuarios que así lo reportaron, el

como se le conoce en la actualidad, referido a la satisfacción del cliente y a la certificación de procesos, proviene de la administración de negocios, de tal manera si se le quiere aplicar a la administración pública debe ser adaptado, en primera instancia, si se considera que en éste último ámbito el referente ha de ser el ciudadano y no el cliente. Ver: Vera Silva Jesús. *Op. cit.*, pp. 224, 226-227.

Otros referentes que dan una idea de la calidad de los servicios de salud en la actualidad son:

- a) “El constante aumento en el número de quejas de personas que han sido víctimas de algún error u omisión en los servicios médicos evidencia lo lejos que está el sistema de salud de México de proporcionar atención de calidad”, pues en “10 años de existencia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) se triplicó la cantidad de asuntos recibidos”, Ver: Cruz Martínez, Ángeles. “Obstruye la Conamed acceso a servicio médico de calidad”. México, diario la jornada, sección sociedad y justicia, 02.06.2006, p. 42.
- b) La falta de evaluación, monitoreo e investigación en forma equilibrada y permanente de los programas de salud para hacerles los ajustes necesarios, de acuerdo con Adam Wagstaff, economista principal en salud del BM; ver: Sin autor. “Programas de salud requieren monitoreo permanente para conocer su efectividad”. México, diario la jornada, sección sociedad y justicia, 09.10.2006, p. 48.
- c) La falta de calidez en la atención médica, según declaración de Julio Frenk Mora, entonces ex secretario de salud; en: Cruz Martínez, Ángeles. “Hace falta calidad en la atención médica en el país: Julio Frenk”. México, diario la jornada, sección sociedad y justicia, 15.02.07. p.45.

ISSSTE, con 6.4%; el programa del Seguro Popular, con 5.5%; los Sesa, con 2.9%, y Otras instituciones de seguridad social, con 2.4 por ciento.³⁹

En el aspecto más técnico de la calidad, si se atiende el grado de satisfacción que expresan los usuarios de los servicios públicos de salud se puede notar que hay un buen desempeño, pues las calificaciones buena y muy buena respecto de los servicios de salud rebasan el 75%, sin embargo si se dimensiona la categoría de ciudadano con derecho a servicios de salud antes que la de usuario, las cifras serán menos halagüeñas, tema este íntimamente relacionado con el siguiente desafío del sector salud.

La cobertura. En esta materia, la encuesta destaca:

En cuanto al aseguramiento, 48.5% de la población a nivel nacional manifestó no tener ningún tipo de protección por parte de instituciones o programas de seguridad social, lo cual sigue siendo un porcentaje muy alto, a pesar de que se ha observado una disminución con respecto a lo manifestado en la ENSA II, que fue de 59.5%, y en la ENSA 2000, de 58.9 por ciento. El IMSS está entre las instituciones con mayor porcentaje de aseguramiento, con 27.6% del total de la población, mientras que 5.2% de la población reportó estar asegurada por el ISSSTE, y sólo 0.7% mencionó tener seguro médico pagado por ellos mismos (figura 1.2). Los resultados del Censo 2000 son similares para el ISSSTE, mientras que para el IMSS

³⁹ Olaiz Fernández, Gustavo; Rivera Dommarco, Juan; Shamah Levy, Teresa; Rojas, Rosalba; Villalpando Hernández, Salvador, Hernández Avila, Mauricio; Sepúlveda Amor, Jaime (editores). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. México, coedición Instituto Nacional de Salud Pública-SSA, 2006. p. 47. En esta misma página se apunta, como nota metodológica, que “Para conocer el aspecto de calidad de la atención, se tomó información de varios tipos: a) los resultados en salud obtenidos por el utilizador (conocer si hubo mejoría después de la consulta), b) los motivos por los que el utilizador no regresaría a solicitar atención en el mismo lugar, c) la percepción de la calidad y dominio conceptual de la calidad y d) el tipo de razones que el utilizador tiene para definir la percepción de la calidad como buena o mala atención. Todos estos aspectos deben ser analizados de acuerdo con el tipo de institución donde se atendió”. El término Sesa significa sistemas estatales de salud.

La encuesta agrega que los “tiempos de espera para los servicios de salud curativos en México siguen siendo muy largos para los utilizadores, de acuerdo con los resultados de la ENSANUT 2006. El IMSS es la institución con mayor tiempo de espera para recibir consulta (91.7 min.); seguida del ISSSTE (federal y estatal), con 78.7 min.; los Sesa, con 71.1 min.; IMSS-Oportunidades, 63.9 min.; otras instituciones de seguridad social (Sedena, Semar y Pemex), con 53.3 min., y otras instituciones públicas (entre ellas DIF, GDF e INI), con 35.1 min. de espera. Finalmente, el tiempo de espera para recibir consulta en las instituciones privadas fue de 29.9 min.” [p. 46].

se observa una disminución porcentual de cerca de 5 puntos. Las coberturas reportadas para el Censo fueron: IMSS, 32.3%; ISSSTE, 5.9%; otras instituciones de seguridad social, que incluyen Pemex, Sedena y Semar, 3.7%; privadas y otras, 2.7 por ciento.

Actualmente, entre los nuevos programas de aseguramiento está el del Seguro Popular (SP), el cual fue mencionado por 14.6% de la población total entrevistada en la ENSANUT 2006 como su único sistema de protección en salud.⁴⁰

Sobre el particular se abundará al tratar el tema del seguro popular, baste decir por el momento que frente a las condiciones estructurales que privan en el país, la atención y el logro que se den en materia de extensión de la atención a la salud ayudará a que los efectos de esos procesos, de suyo mismo crónicos no se conviertan en terminales.

2.5 Curar al enfermo: La Reforma del sistema de salud en el marco de la refuncionalización de la política social

La dinámica de los cambios contemporáneos, comúnmente agrupados bajo el término globalización, condujo al replanteamiento de las funciones que el gobierno realiza como órgano que da dirección a la acción estatal. Sin que en ella estén ausentes los intereses como el motor que son de la actividad política, actualmente se pretende redefinir las relaciones dadas entre gobierno y población, mediante un proceso político de gran envergadura al que se le denomina reforma del Estado.

⁴⁰ Olaiz Fernández, Gustavo y otros (editores). *Op .cit.*, p. 38.

Sin embargo, dicha transformación tiene antecedentes en el plano mexicano que se explican precisamente a partir del cambio en la orientación de los esfuerzos políticos para alcanzar el desarrollo que se llevo a cabo en el país desde la década de 1980, como una estrategia para afrontar la globalización.

En este contexto, la acción del gobierno cambia en el ámbito de sus objetivos, y como consecuencia de ello se transforman paulatinamente las estrategias adoptadas, así como el diseño y la gestión de éstas últimas. Dentro de dicho proceso la política social no es la excepción.

Si hasta la década de 1970, las políticas sociales se definían en función de la legitimidad del régimen, en adelante a este aspecto hay que agregar como puntos definitorios, las demandas crecientes de los grupos así como la diversificación de los mismos.

Los dos procesos enunciados con antelación se pueden entender como una consecuencia de la retracción gubernamental que al verse impelido a renunciar a su intervención directa en varios ámbitos de la vida social y económica (la contracción no fue total), dejaba que los sujetos y grupos precisaran los términos en que se relacionarían entre sí, los cuales servirían también como marcos de referencia para establecer su relación con el gobierno, en función del lugar que ocuparan en la escala económica y de la capacidad de negociación que pudieran adquirir merced tanto a su organización y tamaño como en función de sus recursos.

Con estos elementos que sirven como marco de la política social mexicana desde la década de 1990, es que se plantea en la práctica su refuncionalización, entendida ésta como su subordinación ya no sólo a la política económica la cual se da desde su origen en México, sino que en adelante se someterá a los requerimientos del mercado. Ello, junto con las

condiciones negativas heredadas del modelo anterior y la orientación de un grupo gobernante poco menos compacto que el anterior pero que ya no giraba exclusivamente en torno al presidente ni al partido como sus ejes, limitarían las opciones a elegir para enfrentar los problemas sociales.

Una vez definidos tanto su objetivo central como los factores que jugaban en su determinación, el diseño y la gestión de la política social debía ser, al menos teóricamente, coherente en ambos sentidos. Sus características serán:⁴¹

- Privatización como un medio para hacer frente a la crisis fiscal y cuya justificación se ubica en la mayor eficacia que supuestamente alcanzará. El objetivo de racionalización de los recursos escasos se manifiesta con el cobro a los usuarios aunque estos sean parciales, así como en la barrera que con ello se busca imponer a quienes no requieran las prestaciones.
- Focalización, también como un instrumento para lograr que los recursos lleguen a quienes lo necesitan y en consecuencia racionalizar el gasto.
- Descentralización, como un medio para descargar al gobierno de la prestación directa de bienes y servicios, cuya atención puede pasar a otros niveles de gobierno u otras instancias gubernamentales más cercanas a la gente.

Todos los elementos descritos más arriba: refuncionalización de la política social, diversidad y diferenciación de los grupos que intervienen en

⁴¹ Vilas M, Carlos. *Op. cit.*, p. 119. Respecto del diseño de la política social en términos de descentralización y focalización se puede consultar también: Contreras Suárez, Enrique. *Op. cit.* pp. 498-508, así como Scott, John. *Descentralización, focalización y pobreza en México* en: Cordera Campos, Rolando y Ziccardi Contigiani, Alicia (coordinadores). *Op. cit.*, pp. 481-496. Confróntese también con lo sostenido en las notas al pie de página número 23 y 24 del capítulo primero de la investigación que se desarrolla.

el proceso de elaboración de las políticas, junto con el marco teórico analizado, estuvieron presentes en la política de salud implementada, la cual se erige de este modo en la directriz que en materia de salud se sigue en la actualidad.

El Programa de Reforma del Sector Salud 1994-2000 (PRSS), representa el punto de inflexión de la política de salud en México que desde entonces pretende, no sin contradicciones, hacer frente a los problemas de salud con una visión más proclive al mercado como mecanismo regulador para resolverlos. Dicho documento se publicó en el Diario Oficial de la Federación el día once de marzo de 1996.

El PRSS se ubica como un instrumento del Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000 para alcanzar su meta en la materia: la cobertura universal en servicios de salud. A partir de la elaboración de un diagnóstico en el que encuentra que las características de la organización del sector salud eran: centralismo, calidad insuficiente, duplicaciones, y cobertura limitada (apunta que 10 millones de mexicanos no tenían acceso a servicios de salud), los cuales coloca como los principales retos en materia de salud en México ante el envejecimiento de la población junto con una mayor incidencia de enfermedades producto de la urbanización y de la vida sedentaria.

Acto seguido señala el fin de la reforma:

No solo para poder resolver en el corto plazo, los problemas señalados, sino para sentar las bases de una reorganización que, a mediano plazo, permita hacer un uso óptimo de la infraestructura disponible, uniformar programas, introducir incentivos y ejercer, con la mayor eficiencia posible, el gasto federal en materia de salud.⁴²

⁴² Presidencia de la República. *Programa de Reforma del Sector Salud 1994-2000*. México, versión electrónica consultada en el vínculo <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/336/12.htm?s=iste>, el día 28 de abril de 2006.

Las líneas directrices que propone para alcanzar su cometido son:

- Descentralización de los recursos como medio para lograr mayor calidad, eficiencia y equidad; para ello se plantea que una vez configurados los sistemas estatales de salud, el Consejo Nacional de Salud (organismo creado en 1995, compuesto por los titulares del ramo de salud de las entidades federativas y del Distrito Federal) articule la política nacional de salud. Para alcanzar lo anterior, dice el PRSS

(...) los estados contarán con un mayor margen de acción y autodeterminación que les permita cumplir con sus propios medios los objetivos nacionales fundamentales y determinar el destino de los recursos excedentes una vez alcanzados estos objetivos (...) la descentralización hará posible que la secretaria de salud se concentre de manera mas puntual y eficaz en la función que le corresponde, que es la de normar y coordinar al sector salud.⁴³

- Para lograr la cobertura universal, planteó la ampliación de la seguridad social en las zonas urbanas donde existan grupos con capacidad pago (en este marco se creó el seguro de salud para la familia en 1995), mientras que para las zonas rurales dispersas y urbanas de más alta marginación, se propuso la aplicación de un paquete básico de servicios de salud con acciones altamente costoso-efectivas.
- Ante las bajas expectativas de crecimiento del empleo formal, proyectó la pertinencia de dos sistemas de atención: a) el de seguridad social que cubriría a los trabajadores formales, así como a las personas con capacidad de pago que decidieran afiliarse y, b) un sistema de atención destinado a la población abierta cuyo esfuerzo se focalizaría en la atención de los más pobres.

⁴³ *Ibidem.*

- Reforma al sistema de seguridad social⁴⁴, mediante el cual pretendió cambiar el esquema de financiamiento para que el mayor peso del mismo se desplazara de los impuestos sobre la nómina hacia los impuestos generales, como un incentivo para alcanzar más empleo formal y una mayor afiliación voluntaria.
- Introducir esquemas de calidad y eficiencia en los organismos de seguridad social para después generalizarlos a todo el sistema de salud, a través de la puesta en marcha de un diseño imbricado de incentivos basado en la orientación de recursos financieros, como es el caso de la reversión de cuotas para aquellos afiliados bajo el régimen voluntario que no hicieran uso de los servicios.
- Hacer mucho más con los mismos recursos.
- Acento en la prevención por encima del aspecto curativo en la prestación de los servicios de salud.
- Reorganización del sistema de salud, basado en una “nueva lógica en donde el nivel de ingresos haga posible introducir un esquema de pago anticipado a menores cuotas, con elección de los usuarios”.
- Una mayor interacción con el mercado de los seguros médicos privados.

Si a las líneas de reforma de la seguridad social y de mayor intervención de organizaciones privadas, se le une el hecho de que el programa prevé que en tanto los organismos de seguridad social

⁴⁴ De acuerdo con Asa Cristina Laurell (2001) *Op. cit.*, pp. 85-86, la reforma del IMSS es parte de una “agenda oculta” elaborada por el Banco Mundial y aceptada por el gobierno mexicano a cambio de un préstamo de 700 millones de dólares que el organismo internacional otorgó al país en 1998, agrega que las líneas de la reforma se contienen en el documento titulado Mexico: Health System. En dicha agenda se pretende abrir el sector salud a las aseguradoras privadas.

fortalezcan la elección por parte de los usuarios, “estarán separando la función recaudadora y de financiamiento de la función de provisión de servicios”⁴⁵, se pueden visualizar claramente las líneas precisas que finalmente desembocaron en la reforma a la ley del IMSS en 1995 que permitió que un grupo de empresas privadas pudieran manejar los recursos depositados para el fondo de retiro de los trabajadores, propiedad de estos últimos.

El objetivo de esta modificación, basado en el modelo chileno y frente a los aprietos que para el gobierno mexicano significó la devaluación de 1994, fue la capitalización del mercado mexicano para la reactivación económica con dichos recursos, calculados

... en términos bastante conservadores que para el año 2010, se manejará por las Administradoras de Fondos de Retiro y sus Sociedades de Inversión, la escalofriante suma de hasta cincuenta mil millones de dólares.⁴⁶

Como se puede ver, en la reforma del sector salud está presente la subordinación de la política social a las necesidades del mercado mexicano, el cual no alcanza aún el dinamismo requerido para que se convierta en un factor de desarrollo (aspecto estructural), pero la reforma también se

⁴⁵ La separación de las funciones esenciales del sistema nacional de salud (modulación o regulación, reservada para la SSA, financiamiento y prestación de servicios, en ambos casos con participación de los particulares aunque en el financiamiento sólo como administradoras) fue “la gran línea estratégica” de una propuesta integral de reforma al sistema de salud dada a conocer en 1994 por el grupo que dirigido por Julio Frenk llegó en el año 2000 a definir la política de salud, proponiendo el seguro popular como parte de dicha reforma. Ver: Frenk Mora, Julio José; Lozano, Rafael; González Block, Miguel Ángel y otros. *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final*. México, edición de la Fundación Mexicana para la Salud, 1994, pp. 212, 220-236 y 310. A mediados de los años 90° el presidente ejecutivo de Funsalud era Guillermo Soberón Acevedo e igualmente en el informe se propuso (p. 313) la separación de los seguros de salud de la demás prestaciones de la seguridad social, “primordialmente de las pensiones”.

⁴⁶ Ruiz Moreno, Ángel Guillermo. *Op. cit.*, p. 630. Este mismo autor documenta el uso discrecional de los recursos, cuando en el año 2002 el Congreso de la Unión autorizó al gobierno federal para que hiciera uso de 20,000 millones de pesos acumulados con la pretensión de que incentivara el campo mexicano, toda vez que no tenía identificados a los dueños de los fondos de los trabajadores.

determinó, como una expresión de dicha sumisión, por la devaluación de 1994 (aspecto coyuntural).

Asimismo, se puede observar que en la determinación de la reforma que se erigirá como marco de referencia de las políticas públicas de salud implementadas en la actualidad, ya no solamente se tuvo en cuenta el requerimiento legitimador para el gobierno, si no que los empresarios también se hicieron presentes en su definición,⁴⁷ además de la “negociación” con la cúpula sindical, cuyos líderes quedaron atrapados en el modelo corporativo, el cual no será desmontado mientras se mantenga funcional y rentable al régimen.

Consecuencia directa de los dos aspectos anteriores, las características de la política social en la hora de su refuncionalización, esto es, privatización, descentralización y focalización, están presentes en la reforma como se desprende de la lectura de sus líneas directrices en el caso de las dos últimas, en tanto que la primera se hace evidente con el manejo de la gran cantidad de recursos que comporta la rama del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez que en adelante serán administrados por empresas privadas.

Pero lo más interesante para los fines de esta investigación, es el hecho de que dicha reforma establece buena parte de los lineamientos que seguirán las políticas de salud en el futuro inmediato, en la medida que su significado apunta a que se...

... trata de una reorganización de las instituciones y sus universos de cobertura, dotada de una expansión del espectro de los actores

⁴⁷ Leal Fernández, Gustavo. *Agenda y diseño de la reforma mexicana de la salud y la seguridad social*. México, edición UAM-Xochimilco, 2000, p. 80.

involucrados en la arena de la política pública (prestadores privados, aseguradoras y agencias administradoras, entre otros).⁴⁸

De esta manera, se tiende a que la SSA en el mediano plazo ya no preste directamente los servicios de salud asumiendo entonces solamente el papel de regulador del sistema, y mientras ello ocurre se ocupe de la asistencia a los grupos más necesitados a través de un paquete mínimo. Como contraparte de esta retracción se plantea una mayor intervención tanto de los gobiernos estatales como de la medicina privada. El mecanismo que considera para involucrarlos en la prestación de servicios de salud es a través de incentivos. Así pues, prevé y busca un grupo variado de agencias para la atención de servicios de salud.

Bajo “la máxima” de atender un mayor número de casos previsibles con la misma cantidad de recursos, pretende que las organizaciones prestadoras de servicios del sector salud, lo hagan mediante el cobro a los usuarios mediante esquemas de aseguramiento o prepago como el que establece en la actualidad el seguro popular.

⁴⁸ *Ibidem*, p. 69.

CAPÍTULO TERCERO

El contexto institucional del seguro popular. Hacia la gestación de la política pública

Que la ciencia y los conocimientos médicos se apliquen o no al examen de los problemas de la salud y cómo lo hagan, depende, con no poca frecuencia, más de los intereses y de la ideología de los grupos más poderosos que de la vigencia en el sentido médico o científico.

George Rosen

Las acciones gubernamentales quedan enmarcadas tanto por disposiciones reglamentarias como por prácticas habituales que buscan darles sentido y dirección; en su primera acepción, ello obedece a la necesidad de evitar la discrecionalidad en el manejo de los recursos así como en la prestación de servicios a los ciudadanos, con lo cual se pretende garantizar regularidad en el funcionamiento de la AP.

Pero como las normas de conducta en sentido general se erigen en instrumentos para la convivencia social, éstas quedan a su vez enmarcadas en el amplio espectro cultural donde se dan las prácticas reales que se siguen dentro de las organizaciones de una sociedad, entre ellas las involucradas en la operación cotidiana del gobierno y la AP.

Así entendidas, conductas y normas coexisten para dar cabida a las instituciones entendidas como “reglas del juego” que establecen los criterios bajo los que se llevarán a cabo las aspiraciones, objetivos y metas de la AP, los cuales llegarán a los ciudadanos a través de acciones específicas.

En otras palabras, el conjunto de políticas públicas quedan determinadas por las instituciones que priven en un espacio y tiempo específicos, a la vez que aquéllas buscan incidir tanto en la estructuración como en el cumplimiento de la reglas del juego. Inclusive las políticas públicas son en sí instituciones para la AP, y se convierten en instituciones para la sociedad en su conjunto cuando se transforman en disposiciones normativas mediante su formalización por parte de los órganos gubernamentales facultados por la propia ley.

De esta manera, adquiere notoriedad el análisis del marco institucional de la política pública objeto de la presente investigación, pues su desentrañamiento permitirá ubicar y dimensionar las características,

además de los objetivos y los planteamientos que sostienen al seguro popular como uno de los principales caminos por los que optó la administración 2000-2006 en aras de superar la pobreza, a través de la búsqueda de cobertura universal en la prestación de servicios de salud mediante la protección financiera.

En este capítulo se revisa el contexto institucional del seguro popular, bajo la premisa de que dicha política no surge espontáneamente, pero sobre todo se aduce que sus elementos constitutivos obedecen a las reglas del juego que privan en el sector salud actualmente, a la vez de que trata de incidir en tales reglas, de acuerdo con la orientación política e ideológica del régimen del que es expresión.

Para hacerlo, la vía metodológica que se propone (deductiva) va de lo general a lo particular, lo cual obedece al criterio que describe la estructuración del poder y su ejercicio formal en el país para la actuación gubernamental. Al transitar de esta manera se podrá concatenar cada eslabón con el siguiente con el fin de hacer explícita su razón de ser, lo que permitirá en su momento encontrar las evidencias que permitan el análisis del seguro popular como política pública.

3.1 *El derecho a la salud*

Como instrumentos de convivencia humana que son, las normas jurídicas establecen los distintos criterios bajo los cuales se deben estructurar las relaciones en la sociedad para que en ella no se genere el caos o la imposición llana de la voluntad del fuerte sobre el débil. A través de los ordenamientos que las agrupan se pueden reconocer implícitamente

las diferencias reales que existen entre los individuos y grupos que intentan coexistir en una sociedad determinada.

En la medida que esa diferencia se traduce en desigualdad creciente, a través de la historia se verifican movimientos sociales que buscan cambiar el orden de cosas ya sea por la vía de los hechos o de la lucha política; en ambos casos, cuando resultan triunfantes, sus aspiraciones se plasman nuevamente en normas jurídicas que intentan integrar las diferencias y desigualdades en un esquema que permita manejarlas de tal manera que el régimen se sostenga en el tiempo.

Así, la estabilidad no es algo dado. Debido a que los individuos se agrupan en organizaciones que persiguen fines políticos en una relación dialéctica que pasa por la protección y la dominación, la organización política en su forma más acabada –el Estado– se encarga de suministrar a sus integrantes los bienes que éstos requieran, mientras que les impone la obligación de suministrarle los medios para su sustento a través de contribuciones.

La finalidad del Estado¹ será entonces el bienestar de sus integrantes², el cual se procura a través de la prestación de los bienes y

¹ En este sentido Andrés Serra Rojas señala: “La sociedad y el estado se constituyen en todas las limitaciones que se opongan, para crear un orden necesario y permanente que asegure la convivencia social. El proceso político o acciones humanas organizadas siempre deben ir encaminadas a la obtención de ciertos propósitos. Una institución política sin fines es algo inconcebible o inútil. La acción política se dirige a motivos y objetos determinados que no pueden ser otros que el bien común, referido a la sociedad en general, que contrasta o debe armonizarse con el bien público particular de los individuos y los grupos”. Ver, del autor: *Teoría del Estado*. México, editorial Porrúa, 1993, 12 edición, p. 336.

² El planteamiento tiene una larga historia que desemboca en la actualidad en el humanismo que pone al ser humano en el centro de toda actividad social, aunque interrelacionado con su medio y los otros organismos vivos. Así, por ejemplo George Rosen [*Op. cit.*, p. 141.] señala que tanto el mercantilismo como su variante alemana, el cameralismo, tenían como eje central la búsqueda del crecimiento poblacional como factor de progreso; a dicha población se le debía abastecer materialmente y mantener bajo control gubernamental “para que pudiera ser dirigida en cualquier dirección que necesitará la política pública”.

servicios que permitan a la población, en la mayor medida posible, contar con condiciones de vida adecuadas para su desenvolvimiento en los diferentes roles que desempeñan en el ámbito social y los cuales se orientan a producir bienes -en su sentido general- socialmente útiles.

Uno de los bienes que impactan directamente en la prosperidad de la población es la salud, pues representa precisamente un estado de bienestar en las dimensiones física, mental y social, de tal manera que su logro, manutención, recuperación o pérdida tiene repercusiones económicas, sociales y políticas.

Ahora bien, si el tema de la atención a la salud parece tan relevante para la sociedad, no es extraño que el Estado le dé tratamiento mediante la utilización de los instrumentos con los que cuenta para normar la conducta humana y mejorar las condiciones de convivencia de sus integrantes.

De este modo el gobierno a nombre del Estado en su acepción moderna pasa, luego de un largo proceso histórico,³ a ocuparse del particular, y lo hace con una de sus herramientas más consolidadas como

El cameralismo, continúa el autor [pp. 141-142], tiene una connotación más política que su par el mercantilismo y se desarrolló en dos vertientes: por un lado fue un conjunto de ideas que justificaron la centralización y las prácticas tanto de política administrativa como de política económica de los Estados absolutistas alemanes, mientras que en segundo término se erigió en la ciencia sociopolítica de esos tiempos, la cual tomaba como base el recuento sistemático del funcionamiento de los servicios administrativos para entrenar a los funcionarios públicos. La segunda vertiente derivó en lo que se conoce como ciencias de policía.

³ Si en la prehistoria se encuentran antecedentes precisos de la preocupación por la salud pública, como lo muestra el cuidado en la inhumación de los cadáveres, práctica asociada directamente con la concepción mágica y teológica del mundo, en la protohistoria se puso especial atención en la venta de alimentos. Dentro de esta misma línea, en la antigüedad los romanos organizaron servicios de acueductos y el drenaje. Sobre el particular véase: Yañez Campero, Valentín H. *Op. cit.*, p. 15.

Ya en la etapa moderna, durante la época del Estado absolutista, Velt Luudwig von Seckendorf señaló hacia 1655 que “el propósito adecuado del gobierno es establecer las normas que aseguren el bienestar de la tierra y del pueblo. Ya que el bienestar y la prosperidad se manifiestan en el crecimiento de la población, se deben aportar las medidas para cuidar la salud de la gente para que aumente su número”. En: Rosen, George. *Op. cit.*, p. 144.

es el derecho, en virtud de que las normas que lo componen tienen la característica de una permanencia relativa, así como su obligatoriedad por encima de la voluntad de los individuos. En última instancia cuentan, al ser sancionadas por los órganos gubernamentales, con la fuerza que las respalda para someter a quien sea renuente a sus disposiciones.

Desde luego que la utilización del derecho por parte del Estado para la atención de diversos asuntos, entre ellos la salud, obedece a las particularidades de diferentes latitudes, por lo que dicho proceso no se desarrolla uniformemente. Si dentro del cameralismo (SS. XVII y XVIII) se recomendó esa vía bajo los contornos del Estado absolutista, en Inglaterra el liberalismo económico predominante llevó a que la atención de la salud se realizara mediante la beneficencia revestida de carácter religioso, ahí no es sino hasta la década de los años 60 y 70 del siglo XIX que se consideró esa posibilidad. Las razones:

La filosofía social dominante evidentemente era aún el liberalismo económico, pero en la práctica se estaba reconociendo gradualmente que en última instancia era insostenible para una sociedad industrial. Por ejemplo, el Consejo para la Ley de los Pobres consideró seriamente en 1870 establecer un sistema de atención médica gratuita para todos los asalariados en Inglaterra y en Gales.⁴

Mientras tanto, en México durante la Colonia la atención de la salud la llevaron a acabo las órdenes religiosas que se erigieron como baluarte de dicho proceso vía la beneficencia. Posteriormente en

... el siglo XIX y principios del XX (es decir, antes de la promulgación de la Constitución de 1917), no se concebía un sistema público de prestación de servicios de salud. La función del gobierno en la materia se limita a ejercer acciones de control epidemiológico, primordialmente en puertos y

⁴ *Ibidem*, p. 99.

fronteras. La asistencia social, ámbito de los servicios de salud, se manifiesta en acciones aisladas y coyunturales.

En esta etapa se aprecia la labor que asumen las instituciones* de beneficencia privada y las particulares; su desempeño se registra como desarticulado, casuístico.⁵

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) de 1917 se plasmó -artículo 123, cuyo proyecto junto con el artículo 27 fue autoría de Pastor Rouaix- la protección de los trabajadores por riesgos de trabajo. Asimismo, la fracción XVI del Artículo 73, postulada por dos

* Cabe aclarar que el concepto de institución que se utilizó aquí [supra, p. 114] como reglas del juego no coincide con el de la cita donde se entiende la organización como sinónimo de institución. Para el neoinstitucionalismo, las organizaciones serán instituciones únicamente en la medida en que están regidas por reglas que permiten su gobernación. Ver: Ayala Espino, José. *Instituciones y economía. Una introducción al neoinstitucionalismo económico*. México, FCE, 2000, p. 64. Sin embargo, Maurice Duverger señala que la frontera entre la organización y la institución es porosa, pues la primera deviene en la segunda como en el caso de movimientos sociales que se convierten en partidos políticos. Ver, de éste último autor: *Instituciones políticas y derecho constitucional* [Introducción, pp. 23-36]. México, editorial planeta -primera reimpresión-, 1986.

⁵ Yañez Campero, Valentín. *Op. cit.*, p. 20.

Por lo que hace al tratamiento de la salud en los ordenamientos constitucionales durante la vida independiente de México, se tiene que el Decreto Constitucional para la Libertad de la América Mexicana de 1814, facultaba al supremo congreso en el artículo 118 para aprobar los reglamentos que conduzcan a la sanidad de los ciudadanos; la Constitución de 1824 no hizo referencia alguna respecto de los problemas de sanidad, aunque por la distribución de competencias establecidas en el artículo 16-I se infiere que el particular se reservaba a los estados. La sexta ley constitucional de 1836 en su artículo 25 puso a cargo de los ayuntamientos la policía de salubridad; las Bases Orgánicas de 1843 reservaron a las asambleas departamentales la obligación de cuidar de la salubridad pública y las facultaron para reglamentar lo conveniente para conservarla. En el artículo 117 del Estatuto Orgánico Provisional de la República de 1856, se facultaba a los gobernadores para cuidar de la salubridad pública y reglamentar lo conveniente para conservarla. Mientras que la Constitución de 1857 regresó al sistema de 1824 al establecer en su artículo 117 que las facultadas que no estaban expresamente concedidas a los funcionarios federales se entendían reservadas a los estados.

Posteriormente, en 1861 dentro de las Leyes de Reforma se secularizaron los hospitales y establecimientos de beneficencia administrados por autoridades o corporaciones eclesiásticas. Hasta ese momento, como sostiene Diego Valadés, se consolidó el concepto de que la salubridad y los servicios médicos eran competencia de las entidades federativas, tendencia que se revierte en 1908, cuando el Congreso cambió el sentido de la iniciativa presentada por el Ejecutivo y facultó al poder legislativo para legislar sobre salubridad general de la República y no sobre costas y fronteras como se pedía originalmente, dicha disposición adicionó la fracción XXI del artículo 72 y actualmente está consignada en la fracción XVI del artículo 73. Respecto de la historia del derecho a la salud en México se puede consultar la participación del último autor citado *El derecho a la protección de la salud y el federalismo* [pp. 92-111] en: Soberón Acevedo, Guillermo y otros. *Op. cit.*, pp. 97-100.

diputados médicos de profesión –José M. Rodríguez y Miguel Alonso Romero- facultó al Consejo de Salubridad General para que emitiera disposiciones obligatorias. Cabe señalar que el proyecto de Venustiano Carranza no contenía ninguna de las dos.

Como se puede ver, en términos concretos dicho ordenamiento jurídico contenía pocas disposiciones (en número y alcance) referentes a la salud. Sin embargo, su trascendencia en ese sentido se entiende cuando se ve que plasma entre sus disposiciones, normas que se agrupan en lo que se denomina derecho social como un capítulo diferente pero complementario tanto de la parte dogmática (derechos humanos protegidos por las garantías individuales) como de la orgánica (que establece los principios para la organización y el ejercicio del poder público).

En este marco se entiende por derecho social un conjunto de disposiciones que obligan al Estado a actuar en favor de determinados grupos de población que por sus condiciones económicas y sociales están en franca situación de desventaja.

En la estructuración del derecho a la salud en México, las ideas y los hechos se mezclaron de manera progresiva, al ritmo de las necesidades de conformación del Estado nacional para desembocar en la adición al artículo 4º constitucional que establece la tutela por parte de dicha organización política de la protección a la salud.

En términos institucionales ello significó que el tema, aunque de manera acotada como se verá adelante, desarrollara y contara con nuevas reglas del juego para proteger a los grupos más vulnerables del país, frente a la necesidad de legitimación del régimen ante una situación de crisis que llevó al cuestionamiento de sus fundamentos, además del cambio del

modelo económico, procesos todos ellos que confluyen en lo que se denomina transición democrática y reforma del Estado.

3.1.1 El derecho a la protección de la salud: Un ideal... ¿realista? El artículo 4º constitucional

En la exposición de motivos de dicho ordenamiento se alude a la continuidad con el régimen al señalar que “desde los primeros regímenes de la Revolución, se tuvo como propósito superior, brindar a cada mexicano mejores condiciones de existencia, destacándose el esfuerzo por elevar los niveles de salud del pueblo”.

Más adelante apunta que cada uno de los gobiernos se esforzó en ampliar la cobertura de los servicios de salud. Ello se puede notar a partir de las disposiciones y medidas que se llevaron a cabo para atender dichos problemas. Por su trascendencia, las más importantes se ubican en lo que se denomina seguridad social⁶ en sentido restringido y que se define como el conjunto de prestaciones que procura el gobierno a determinados grupos

⁶ La seguridad social tiene sus antecedentes poco antes de la Revolución Industrial, a fines del siglo XVII, mediante la asistencia que brindaban organizaciones de carácter religioso a los pobres y los enfermos “como una cobertura de las necesidades sociales en atención a esquemas de asistencia directa e individual”. Ver la participación de Alejandro Manterola Martínez. *Beneficencia, asistencia, seguridad social y el derecho a la protección de la salud* [pp. 127-141] en: Soberón Acevedo, Guillermo y otros. *Op. cit.* p. 131.

En cuanto a la connotación amplia de la seguridad social, esto es, como derecho con el que cuenta todo individuo por el sólo hecho de serlo, señala el primer autor citado [p. 133] que éste se plantea en la Carta del Atlántico a propuesta de Winston Churchill, quien con anterioridad había encargado al investigador británico sir William Beveridge un estudio a cerca de las transformaciones de las instituciones de protección social de cuyas conclusiones se derivan cuatro principios, a decir de Mario de la Cueva: I) Cobertura universal en educación primaria y profesional a la niñez y juventud para que desempeñaran un trabajo socialmente útil, II) Oportunidad razonable a todo individuo de contar con un trabajo productivo, III) Disfrutar de la salubridad y la organización teórica del trabajo a efecto de evitar ataques a la salud y a la integridad física del ser humano y, IV) Proteger al incapacitado para trabajar por cualquier circunstancia, mediante el suministro de ingresos suficientes.

en función del rol que desempeñan en el esquema social, económico y político.

Así, en México las acciones gubernamentales⁷ en materia de atención de servicios de salud subsidiados se orientaron a proteger al sector asalariado y dentro de éste principalmente al obrero, ello en virtud de las pretensiones de industrializar al país para lo cual se atendió principalmente el requerimiento de individuos con capacidad física para trabajar, mientras que en el plano político se buscó la legitimidad a través de la tutela por parte del Estado de condiciones mínimas de bienestar en un régimen político prácticamente de partido único, es decir, sin opciones reales para que cristalizara el ejercicio de los derechos políticos. A los grupos de asalariados se les agrupaba en cuerpos, cuya representación y dirección compartía los valores e intereses de la elite gobernante por la sencilla razón de que era parte de la misma.

Recuérdese en este sentido el planteamiento central del cameralismo: El gobierno debe abastecer materialmente al pueblo y mantenerlo bajo control gubernamental en aras de dirigirlo en cualquier dirección que necesite la política pública. En este pasaje de la historia mexicana donde política y salud convergen hacia un mismo ramal que se muestra cristalino, se entiende la relación tan estrecha que guardan de manera permanente aquellos dos procesos.

Bajo esta perspectiva, en 1929 se reformó y adicionó la Constitución (fracción XXIX del artículo 123) para dar cabida a la necesidad de expedir la Ley del Seguro Social.

⁷ Una síntesis histórica que puntualiza dichas intervenciones desde la Constitución de 1917 hasta 1982, desglosándolas por sexenio a partir del 1952-1958 se encuentra en Yañez Campero, Valentín H. *Op. Cit.* pp. 23-44. Asimismo se puede consultar Ruiz Sánchez, Carlos Humberto [2001]. *Op. cit.*

Con tal disposición normativa se ampliaría la cobertura de los seguros, lo cual implicó en su momento la prestación de más servicios de salud, sin embargo dicho cuerpo normativo se promulgó hasta 1943 y luego de varias reformas se publicó lo que se dio en llamar por los estudiosos del derecho la nueva Ley del seguro Social de 1973, en ésta última se estableció la pretensión de ampliar la cobertura de sus servicios a todos los individuos de la sociedad, al contemplar como premisa (artículo 2º) que la seguridad social tenía como objeto garantizar el derecho humano a la salud.

Pero a pesar de las pretensiones oficiales la cobertura total no se obtuvo. Al inicio de la década de los 80 del siglo pasado el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cubría a 8 millones de personas, mientras que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) prestaba sus servicios a 26 millones, mismo periodo en el que la población total alcanzó 66 846 833, según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Lo que sí logró esa pretensión fue estructurar un organismo poderoso, el IMSS, pues en el periodo comprendido entre 1971 y 1983 concentró más del 60 % de la inversión del gobierno federal en salud, mientras que el monto en el mismo rubro asignado a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA, ahora Secretaría de Salud) alcanzó el 30% del total a pesar de tener el compromiso de cubrir una población mayor que la del instituto.

Asimismo, se promulgaron varios códigos sanitarios, los cuales aparecieron sucesivamente en 1926, 1934, 1949, 1954, 1973 y 1984, además de que con anterioridad a la Revolución mexicana se habían sancionado tres; en 1891, 1894 y 1902 respectivamente.

Antes de 1983, entre los planteamientos para ampliar la cobertura en la prestación de los servicios de salud por parte del gobierno se encuentran los programas de la SSA para atender a la niñez de 1952; los servicios médicos rurales cooperativos que se impulsaron durante el sexenio de Adolfo López Mateos (1958-1964), y la creación en 1965 de la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social.

En el mismo sentido se puede ubicar el propósito del Plan Nacional de Salud 1974-1983 para extender los servicios sanitarios y asistenciales a toda la población, el establecimiento en 1977 del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, así como la firma del convenio IMSS-COPLAMAR en 1979 que buscaba brindar servicios médicos a las poblaciones marginadas del área rural y el Programa de Atención a la Salud a la Población Marginada en Grandes Urbes, además de la concepción de la salud como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano en el Plan Global de desarrollo 1980-1982.

Todo este bagaje conceptual y práctico, junto con la persistencia de un gran número de población que carecía de acceso a los servicios de salud y la generación de problemas de tipo político y administrativo derivados del esquema gubernamental conformado para la prestación de servicios de salud, condujeron a la adición del penúltimo párrafo (actualmente tercer párrafo) del artículo 4º constitucional que se publicó en el diario oficial de la federación (DOF) el 3 de febrero de 1983 y que a la letra dice:

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.

En la raíz del precepto se encuentra la crisis por la que atravesaba el país, así como el cambio del modelo económico que se orientaría en adelante hacia la apertura comercial con el requerimiento de inversiones y de incentivos para los inversionistas, además de que una de las consecuencias tanto del momento crítico como del cambio de la orientación política y económica fue un menor número de empleos formales. Con todo ello el fundamento del esquema de seguridad social adoptado hasta el momento, previsiblemente no cumpliría más la función legitimadora del régimen.

Así las cosas, la premura para encontrar y desarrollar otras fuentes de legitimidad, así como la lógica política que comprometió cada vez más a las diversas administraciones con la prestación de servicios de salud llevaron a plantearse la necesidad de que el Estado asumiera formalmente un compromiso más fuerte con la salud, de ahí que se propusiera una nueva regla del juego en ese sentido.

El significado del precepto se traduce en la autonomía de la tutela estatal de la protección de la salud respecto del hasta entonces dominante esquema de seguridad social con la subsiguiente prestación de servicios; en adelante ninguna de las dos (servicios de salud ni prestaciones de seguridad social) dependerían exclusivamente de dicho diseño, lo cual implicaba desde luego emprender más y mejores acciones, así como comprometer más recursos de todo tipo con el objeto de lograr sus cometidos.

Las características del derecho a la protección de la salud así concebido, señalan que éste es un derecho social, lo que conduce a que el Estado asuma la obligación de realizar acciones concretas en aras de materializarlo, sin embargo también tiene la cualidad de ser lo que en el léxico jurídico se conoce como programático, ello significa que únicamente

establece directivas de acción para los poderes constituidos, en otras palabras

... son normas impropias, porque no están revestidas de coercitividad; no pueden hacerse cumplir por la fuerza ni pueden llevarse al órgano jurisdiccional, como en el caso de las normas que otorgan derechos individuales y buena parte de los derechos sociales. Empero el derecho que comentamos, al igual que los individuales y el resto de los sociales, emanan de la naturaleza del hombre.⁸

Pero hay que ir con detenimiento; si se lee el párrafo aludido, no señala explícitamente la obligación del Estado o del gobierno de proteger la salud, sin embargo ésta se desprende implícitamente de su consignación en la Constitución y del proceso que lo llevó ahí, así como de su ubicación en el capítulo primero titulado de las garantías individuales y por el tema que aborda.

En una relación lógica, si el Estado no hubiera tenido la necesidad de tutelar sobre el particular entonces no lo hubiera consignado en el documento normativo de superior jerarquía dentro del sistema jurídico mexicano. Sin embargo, aunque la exposición de motivos lo ubica

⁸ Ruiz Massieu, José Francisco. *El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud* [pp. 67-79] en: Soberón Acevedo, Guillermo y otros. *Op. cit.*, p. 72. En contra de esta interpretación del derecho a la protección de la salud como un derecho programático se pronuncia Raúl Brañes, quien destaca la necesidad de matizar tal afirmación en dos sentidos: a) acudiendo a la exposición de motivos, que dice que el derecho a la protección de la salud es responsabilidad no sólo del Estado sino de todos los mexicanos y, b) como derecho fundamental en desarrollo y consolidación requiere de garantías procesales para su efectividad. Del último autor: *Manual de derecho ambiental mexicano*. México, coedición Fundación Mexicana para la Educación Ambiental- Fondo de Cultura Económica, 2000, pp. 103-105.

Respecto de su característica de no accionabilidad (inciso b del párrafo anterior), es decir, de quedar imposibilitado el individuo para recurrir a los órganos de impartición justicia en aras de exigir su cumplimiento, ya existen tres tesis de jurisprudencia –se requieren cinco de manera sostenida sin ninguna en contrario de acuerdo con el artículo 193 de la Ley de Amparo con voto mayoritario para que se conviertan en jurisprudencia (obligatoria para los juzgados)- que señalan que el individuo sí puede acudir al órgano jurisdiccional para ejercer la acción correspondiente invocando el derecho a la protección de la salud por la vía del amparo. Este último dato se vierte en la discusión del derecho analizado por los hacedores del seguro popular, al respecto véase: Ortiz, Mauricio. *El seguro popular. Una crónica de la democracia mexicana*. México, coedición FCE-SSA-FUNSALUD-INSP, 2006, p. 57.

expresamente como una “nueva garantía social” también precisa que la “custodia, restauración y mejoramiento de la salud no es una tarea que pueda eficazmente atender el Estado” por sí sólo sino que “se trata de una responsabilidad que atañe a todos”, de tal manera que en la práctica la identificación del sujeto obligado, si bien apunta hacia el gobierno, es un tema abierto a la interpretación.

Además de que deja para la ley (siguiente peldaño en la jerarquía normativa mexicana, lo cual significa que es más accesible y ágil el procedimiento para modificarla o sustituirla)⁹ la definición de las bases y formas en que los ciudadanos accederán a los servicios de salud.

Ello quiere decir, en términos institucionales, que las reglas del juego más específicas, las cuales tienen la característica de ser más accesibles para su modificación, establecerán cómo, cuándo y por qué los individuos pueden recibir los beneficios de la atención a la salud. Por bases hay que entender fundamentos o principios que regirán el acceso y la prestación, mientras que las modalidades aluden a diferentes formas para hacerlo.

De esta manera, resulta posible, si así se establece en una ley que atienda los asuntos de salud, que lo haga el gobierno directamente o bien que los financie con recursos públicos para que otros lo hagan; de igual manera cabe la posibilidad de que sean los particulares quienes se

⁹ Para modificar una ley se requiere de la mayoría, ya sea simple –la mitad más uno- o la absoluta de los miembros presentes en caso de que se complique o rechace en alguna de las cámaras o el ejecutivo federal según lo dispone la propia Constitución en su artículo 72, mientras que el artículo 135 del mismo ordenamiento apunta que para reformarla a ella misma es necesaria la votación a favor de dos terceras de los individuos presentes –mayoría calificada- además del voto mayoritario de las legislaturas de los estados. Aún más, existe en la doctrina jurídica quien sostiene que las decisiones fundamentales entendidas como los principios rectores de un orden jurídico dentro de las que están la división de poderes, soberanía popular, la declaración de derechos humanos y el sistema representativo, a los cuales se suman en México –continúa el autor- el régimen federal, el control de la constitucionalidad de leyes y actos y la supremacía del Estado sobre las iglesias, no deben ser modificadas ni en la segunda modalidad; ver: Carpizo Macgregor, Jorge. *Estudios Constitucionales*. México, edición UNAM, 1980. pp. 293-298.

encarguen de la prestación o que ambos atiendan la demanda de servicios de salud. Todas y cada una de ellas pueden revestir diferentes formas como la concesión o el contrato.

Por otra parte, el hecho de que aluda a la protección de la salud y no a la salud misma obedece a la exigente definición que de ésta última hace la Organización Mundial de Salud (OMS) y que es comúnmente aceptada, ante la cual resulta materialmente imposible garantizar o conseguir para todos los individuos de una comunidad en un periodo de tiempo determinado un completo y total bienestar físico, mental y social de manera paralela, además de que los parámetros de esa ventura varían entre los subgrupos que la componen obedeciendo ello, entre otros aspectos, a factores tanto económicos como culturales, los cuales no son uniformes. Así, al optar por su protección y no por su consecución se pretende no "elevar demasiado el ideal social" que representa la salud entendida en esos términos.

Para terminar, el párrafo constitucional apunta la concurrencia de potestades entre el gobierno federal y el de los estados, bajo la premisa de que las facultades que no consigne expresamente la propia Constitución a los funcionarios federales corresponderán a los Estados, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 124 constitucional.

Ello quiere decir que con excepción de la salubridad general de la República que reserva el artículo 73 constitucional en su fracción XVI para ser legislada por el congreso de la unión (conformado por la cámara de diputados y la de senadores) las autoridades federales y las estatales pueden converger en la prestación de servicios de salud, de acuerdo con los criterios que se formalicen en la ley.

En resumen, el tercer párrafo del artículo 4° constitucional, de altas miras, establece una directriz para las reglas del juego que operan en materia de atención a la salud y su correspondiente prestación de servicios. En él se puede apreciar el propósito de que el bienestar y la justicia sean el común denominador en las relaciones sociales como medio para mantener el ejercicio del poder sobre bases estables.

Sin embargo, cualquier objetivo social o político, y más los de envergadura como es la protección de la salud de todos los individuos de una comunidad relativamente numerosa, requieren en primer término que esa pauta se desagregue consistentemente con las demás instituciones y que ellas, entendidas como un sistema o un todo, sean respetadas por los jugadores al interiorizarlas. Por otro lado, es menester crearle las condiciones para materializar sus objetivos, mediante acciones de gobierno y de los grupos organizados de la sociedad.

3.1.2. La Ley General de Salud

Con el objeto de reglamentar, especificar y desarrollar el derecho a la protección de salud sobre las bases que se analizaron, así como en aras de ordenar la actividad gubernamental para la prestación de los servicios de salud a través de su ubicación en el sistema nacional de planeación democrática que se formalizó prácticamente al mismo tiempo que el proceso que aquí se analiza, se publicó en 1984 la Ley General de Salud (LGS).

La pretensión de sistematización del sector obedeció al gran número de organizaciones instituidas pero desarticuladas que derivó a su vez en la

existencia de una gran cantidad de reglamentación que dispersaba los esfuerzos que en materia de prestación de servicios de salud llevaba acabo el gobierno. De lo que se trataba en este plano, era de dar unidad a la actividad gubernamental o, en términos de las instituciones, establecer claridad en las reglas del juego de acuerdo con una visión particular de lo que ello significaba.

El origen del estado de cosas que guardaba la administración pública en el plano de su organización y gestión entre 1935 y 1975, éste último año, anterior al planteamiento de sectorización para la AP federal mexicana se explica si se entiende que

... los gobiernos revolucionarios fueron tomando medidas institucionales y coyunturales de manera práctica, orientados por las consecuencias de su propia acción y tratando de adaptarse a las cambiantes circunstancias externas. Esta actitud, ajena a modelos, siempre atenta a lograr equilibrios que permitieran la estabilidad interna, contribuyó a configurar las políticas económicas y sociales que dieron forma al “milagro mexicano”.¹⁰

Frente a un contexto político y económico más demandante que deviene tal gracias al proceso de liberalización que asumió el gobierno mexicano como modelo para enfrentar la crisis fiscal del Estado interventor, era necesario actualizar las prácticas publiadministrativas para adecuarlas a las necesidades de dicho modelo. De tal manera que la denominada modernización administrativa estuvo, una vez más, subordinada a las necesidades del desarrollo, las cuales se definen necesariamente con criterios políticos. Es así que en lo futuro las prácticas derivadas de ese concepto se “simplificarían” hasta desvirtuarlo.

Desde entonces se le transformó hasta llegar a confundirlo con la simplificación administrativa, y se le identificó sobre todo con recortes, congelamiento, cancelación de plazas y partidas presupuestales, que no

¹⁰ Medina Peña, Luis. *Op. cit.*, pp. 127-128.

responden necesariamente a la voluntad de racionalizar los procesos administrativos, sino a los problemas que surgieron de la crisis económica.¹¹

En este punto resulta importante resaltar el contexto en el que se desarrolló la LGS, porque en última instancia será el que determinará en buena medida, a través de otras instituciones bien sean formales (normas sancionadas por el Estado) o informales (costumbres y prácticas), tanto el alcance como la consecución de sus objetivos.

Para cumplir con el objetivo que se consigna en el artículo 4º constitucional, a saber: definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, dicho ordenamiento puntualiza las finalidades del derecho a la protección de la salud en su artículo 2º de la siguiente manera:

- bienestar físico y mental del hombre
- prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana
- protección y acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social,
- extensión de las actitudes solidarias y responsables con el fin de lograr la salud, mediante el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población,
- conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- desarrollo de la enseñanza e investigación científica y tecnológica para la salud.

¹¹ Pardo, María del Carmen. *La modernización administrativa en México*. México, coedición INAP-COLMEX, 1993, p. 13.

Con este cuadro se definen las bases para el acceso de los servicios de salud. Sin embargo, se mantiene en un plano descriptivo muy general que utiliza a la vez que pretende concretar conceptos tales como bienestar, valores y actitudes solidarias; asimismo señala algunas de las estrategias para alcanzar su cometido: investigación, conocimiento (se entiende que aplicado) orientados a prolongar y mejorar (dice en su segunda fracción) la calidad de vida humana, a través del mejoramiento de la salud, como se desprende de la lectura del resto de sus apartados y de una interpretación de conjunto tanto del artículo como de la LGS.

Frente al número dispar de personas que atienden “las instituciones de salud” y la desigualdad de recursos con los que cuentan para hacerlo, la segunda parte del artículo 8° abre la posibilidad de subrogación de servicios, es decir que entre ellas podrían atender a beneficiarios de otras organizaciones y a quienes no lo sean de ninguna; para ello establece que los universos de beneficiarios “se delimitarán con propósitos de complementariedad y de apoyo recíproco”.

Lo anterior podría dar pie a que se piense que bajo esos mismos criterios las organizaciones privadas prestarían los servicios, sin embargo reserva el carácter de instituciones de salud para las organizaciones públicas reglamentadas, como se desprende de su artículo 10 donde se cuida de hablar de prestadores de servicios de carácter público, social y privado, y no de instituciones.¹²

¹² Como ya se dijo precedentemente en este mismo capítulo, el concepto de instituciones que se maneja aquí es el de reglas del juego, diferente al sentido con el que lo utiliza la ley en la que las instituciones de salud son las organizaciones gubernamentales que prestan los servicios de salud y que se encuentran reglamentadas. Se puede aducir con ello que las organizaciones privadas también están reglamentadas, de ahí la distinción hecha en el artículo 10. Además de que el artículo 34 del mismo ordenamiento clasifica los servicios de salud por los prestadores de los mismos e implícitamente por la población a la que atienden, estos últimos conceptos se precisan aún más en los artículos 35 a 38. La distinción conceptual entre organización e institución, también como ya se apuntó en su momento, es difícil y controvertible, lo que lleva a los seguidores de la corriente de pensamiento que la utiliza a reconocer a las organizaciones como instituciones en tanto que están determinadas por reglas del juego. Ver, arriba, la acotación que se hace en nota al pie en la página 108 dentro de este mismo capítulo.

Con ello se aclara el panorama: las organizaciones privadas no están obligadas a proporcionar los servicios de salud que corresponden al sector público de salud, pero sí cabe la posibilidad de que con base en la interpretación de los artículos 5, 8 y 10 los particulares presten servicios de salud con cargo al erario mediante la figura de la subrogación.

Para la consecución de los objetivos que implica proteger la salud, establece la distribución de competencias entre federación y estados en el artículo 13, donde al igual que en la fracción XVI del artículo 73, la distribución de facultades gira en torno al concepto de salubridad general,¹³ cuya definición hace la propia LGS al establecer las materias que lo conforman en su artículo 3°.

¹³ El artículo 3° de la LGS ubica como materia de la salubridad general, entre otros: I. La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el Artículo 34, fracciones I, III y IV de esta Ley; II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables; II bis. La Protección Social en Salud. III. La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el Artículo 34, fracción II; IV. La atención materno-infantil; VII. La planificación familiar; XIII. La educación para la salud; XIV. La orientación y vigilancia en materia de nutrición; XV. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre; XVI. La salud ocupacional y el saneamiento básico; XX. La asistencia social; XXI. El programa contra el alcoholismo; XXII. El programa contra el tabaquismo; XXIII. El programa contra la farmacodependencia y las demás materias que establezca esta Ley y otros ordenamientos legales, de conformidad con el párrafo tercero del Artículo 4o. Constitucional.

De su gestación en el derecho mexicano, Diego Valadés señala que, ubicado en el contexto de su creación -1908- al cambiar la comisión de puntos constitucionales de la cámara de diputados el término salubridad pública en las costas y fronteras con el que la iniciativa del ejecutivo pretendía que el poder legislativo pudiera legislar en la materia, por el de “salubridad general de la República” ... “con ese en apariencia tan sencillo cambio, se pasó de la idea original de facultar al Congreso para ampliar su acción en el proceso migratorio, a adjudicarle una atribución que en ningún momento había sugerido el Ejecutivo y que, además constituye una verdadera anfibología, pues al calificar a la salubridad general como “de la república”, parecería implicar que también hay “salubridad local, especial o particular”, también de la república; amén de que ambas modalidades se produzcan por igual en los estados”. Dicho concepto se definió hasta el código sanitario de 1955 en su artículo 3°. No obstante, continúan los problemas derivados de su inclusión en el derecho mexicano, pues, prosigue el autor: “El problema más serio, sin embargo, ha resultado de la extensión del concepto “salubridad general de la república”. Sobre este aspecto, la jurisprudencia de la Corte ha establecido criterios no siempre coincidentes y la doctrina misma discute acerca de su alcance”. En: Soberón Acevedo, Guillermo y otros. *Op. cit.*, pp. 99-101.

Como puede verse, la redacción del actual artículo cuarto constitucional, sustituyó el término salubridad general de la República por de salubridad general.

Así, de acuerdo con los preceptos tanto constitucionales como de la LGS citados en el párrafo precedente, las materias objeto de la salubridad general quedan reservadas a la federación en los ámbitos funcionales del legislativo y el ejecutivo de acuerdo con el artículo 124 constitucional como expresión formal del sistema federal, mientras que a los estados les corresponde organizar, operar, vigilar, supervisar y evaluar la prestación de servicios enumerados en las fracciones II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI del artículo 3º de la LGS como parte de la salubridad general, además de formular programas locales y desarrollar sistemas estatales de salud.

Dentro de la misma lógica, el artículo 18 establece que los principios y términos en que concurren federación y estados para la "prestación de servicios de salubridad general, se establecerán en los acuerdos de coordinación" (de los cuales regula su contenido el artículo 22) que suscriba la Secretaría de Salud federal con los gobiernos de las entidades federativas, en el marco del Convenio Único de Desarrollo. Y pasa, en el siguiente precepto (artículo 19) a señalar la corresponsabilidad tanto de federación como de los estados en cuanto a la aportación de los recursos materiales, humanos y financieros que sean necesarios para la operación de aquéllos servicios.

Por lo que hace a la cobertura de los servicios de salud y la vocación de ampliarla por parte de la legislación mexicana, se apunta en el artículo 25 que "se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables", con la acotación de que se hará "conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud". De igual manera, se establece en el artículo 26 que "para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización y de

escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura”.

Como se puede ver, la ley pretende consistentemente con el derecho a la protección de la salud, extender y conseguir la cobertura universal de los servicios con particular atención en los grupos más frágiles social y económicamente hablando. Para ello sujeta tanto su organización como su administración, entre otras cosas, a esa pretensión, lo cual tiene como premisa su extensión. De acuerdo con estos mismos criterios define como servicios básicos de salud (artículo 27) la atención mediante la asistencia social¹⁴ a los grupos más vulnerables (fracción X) y la disponibilidad de medicamentos (fracción VII).

Posteriormente, en el artículo 35 define los servicios públicos a la población en general como aquéllos

... que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de

¹⁴ El concepto de asistencia social que maneja la propia LGS en su artículo 167 es el de “el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva”. Mientras que en el artículo 168 señala cuales son actividades básicas de Asistencia Social:

I. La atención a personas que, por sus carencias socio-económicas o por problemas de invalidez, se vean impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo; II. La atención en establecimientos especializados a menores y ancianos en estado de abandono o desamparo e inválidos sin recursos; III. La promoción del bienestar del senescente y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud; IV. El ejercicio de la tutela de los menores, en los términos de las disposiciones legales aplicables; V. La prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social, especialmente a menores, ancianos e inválidos sin recursos; VI. La realización de investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social; VII. La promoción de la participación consciente y organizada de la población con carencias en las acciones de promoción, asistencia y desarrollo social que se lleven a cabo en su propio beneficio; VIII. El apoyo a la educación y capacitación para el trabajo de personas con carencias socioeconómicas, y IX. La prestación de servicios funerarios.

Asimismo, el artículo 172 establece que el gobierno federal contará con un organismo que tendrá como objetivo la promoción de la asistencia social.

gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

El criterio referente a la gratuidad se establece en el artículo 36, pero queda determinado por el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario.

La gratuidad de los servicios de salud destinados a la población en general se delimita desde el momento en que se abre espacio en el mismo precepto para las cuotas de recuperación, aunque se establece la obligación de las organizaciones gubernamentales de eximir de las mismas a los individuos por dos razones: "cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlos, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud".

También será gratuita la atención brindada "por concepto de atención médica y medicamentos, a todo menor a partir de su nacimiento hasta cinco años cumplidos, que no sea beneficiario o derechohabiente de alguna institución del sector salud", en éste último caso agrega como "requisito indispensable que la familia solicitante se encuentre en un nivel de ingreso correspondiente a los tres últimos deciles establecidos por la Secretaría de Salud".

En síntesis, la universalidad de la cobertura en la atención de servicios de salud dentro de la concepción de la LGS es algo con lo que no se cuenta y se tiene que ir construyendo a partir de su extensión, lo cual sujeta desde luego a las prioridades del sistema nacional de salud, cuyo contenido y alcance son expresión de lo que el gobierno quiere lograr y cómo pretende alcanzarlo, así como de lo que los grupos organizados como partes integrantes de dicho sistema sean capaces de colocar en la agenda pública respecto de los temas de salud.

Además, se asume la posibilidad de que entre particulares se establezcan relaciones de tipo mercantil (artículos 34 y 38) en donde los servicios de salud sean el objeto de esa relación sujeta primordialmente a su voluntad, aunque reserva la facultad para el gobierno de fijar las tarifas (artículo 43) por medio de la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial (ahora Secretaría de Economía).

En el mismo sentido, obliga mediante el artículo 44 a los establecimientos particulares para que proporcionen el servicio de internamiento de enfermos, presten "sus servicios en forma gratuita a personas de escasos recursos, en la proporción y términos que señalen los reglamentos". Igualmente señala que le corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de los estados (artículo 53) establecer los "procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos a la población en general y a los servicios sociales y privados".

También se establece la necesidad junto con los procedimientos para que la comunidad participe como auxiliar en determinadas actividades de operación de los servicios de salud a través de sugerencias, información y quejas (artículo 58). De igual manera plantea la participación de los grupos organizados para la prevención, promoción y cuidado de la salud (artículo 59).

Otros temas de gran interés para la salud y sus servicios que norma la LGS son: el establecimiento de un cuadro básico de insumos para la salud por parte del Consejo General de Salubridad (artículo 28) y el hecho de que se garantice que los medicamentos existan y se suministren (artículo 29); asimismo el título cuarto que trata de los recursos humanos para los servicios de salud, el título quinto intitulado investigación para la salud y el título séptimo en cuyo capítulo II se trata de la educación para la salud.

Como se desprende de la lectura de las reglas del juego establecidas en la LGS, se reafirma la autonomía del derecho a la protección a la salud respecto de la seguridad social la cual se concibe como un elemento más dentro del sistema nacional de salud (compuesto, como ya se apuntó en su momento, por organismos gubernamentales en el nivel federal y estatal, así como personas tanto físicas como morales ubicadas en los sectores privado y social que presten servicios de salud según lo establece el artículo 5° del mismo ordenamiento) a cuyas prioridades quedará sujeta la pretensión más cara del sistema: cobertura universal de los servicios de salud.

De igual manera se reconoce que para arribar a ese estado de cosas se requiere del tratamiento de diversos temas, con la salvedad práctica de que se requiere que se establezcan interrelacionadamente en las políticas gubernamentales atinentes a la materia.

Referente a la gratuidad se puede decir que ésta no existe como regla, más bien es la excepción y se percibe una intención muy limitada que busca obligar con la fuerza de la ley a los particulares con el fin de que se sumen al esfuerzo que implica lograr este medio hacia la materialización del derecho a la protección a la salud en un país con una gran cantidad de pobres.

Con las reglas del juego descritas y analizadas hasta aquí, se puede percibir que la relación dada entre el derecho, las políticas públicas y la atención a la salud es un proceso cuyo alcance principal es que se erige en un instrumento formal para generar la estabilidad del régimen a través de mejores niveles de vida de la población.

No obstante lo anterior, es necesario puntualizar que dicha relación no es directa ni se manifiesta de manera neutral. En la arena política en la

que se desarrolla pesan y operan tanto intereses como visiones de lo que es y debe ser el proceso mismo, lo que conduce a la existencia de varias interpretaciones al respecto, las cuales varían en el cómo lograrlo, es decir, tanto en la opción como en la selección de políticas públicas que pretenden materializarlo, cuyas directrices más generales se plasman en los planes y programas gubernamentales.

3.2 El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006

La gestión pública mexicana se desarrolla formalmente (artículos 25, fracción II y 26 constitucionales) a través del mecanismo denominado sistema nacional de planeación democrática, el cual pretende dirigir y orientar las acciones gubernamentales para lograr los objetivos contenidos en la CPEUM.

Así, la ley reglamentaria del segundo precepto citado (ley de planeación) establece la obligación (artículo 21) del ejecutivo federal de elaborar un PND; dicho instrumento junto con los programas sectoriales serán obligatorios –artículo 32- para la administración pública federal y contendrá los lineamientos generales que orientarán la acción del gobierno.¹⁵ Por el ámbito territorial que abarca es nacional mientras que su vigencia es de mediano plazo (seis años).

¹⁵ El mismo artículo 21 señala que el PND ... “precisará los objetivos nacionales, estrategias y prioridades del desarrollo integral del país, contendrá previsiones sobre los recursos que serán asignados a tales fines; determinará los instrumentos y responsables de su ejecución, establecerá los lineamientos de política de carácter global, sectorial y regional; sus previsiones se referirán al conjunto de la actividad económica y social, y regirá el contenido de los programas que se generen en el Sistema Nacional de Planeación Democrática”.

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 (PND) pretendió lograr un despegue acelerado; para ello se propuso hacer frente a lo que denominó las transiciones que se presentan en la actualidad. Su intención fue planear la actividad gubernamental con el fin de lograr el desarrollo mediante la asunción de la visión del México al que se quiere llegar para el año 2025, aunado a la misión gubernamental y los principios sustentados por el Ejecutivo Federal. Estos últimos fueron:

- a) humanismo,
- b) equidad con la finalidad de lograr la igualdad de oportunidades como condición para acceder al desarrollo y el bienestar;
- c) que la sociedad asumiera el cambio, con objeto de producir la transformación de la administración pública, de tal manera que ésta última se orientara hacia la atención y el servicio,
- d) la aceptación de la pluralidad política, cultural, económica y social para lograr la inclusión de todos los grupos e individuos en los esfuerzos orientados a lograr el desarrollo nacional,
- e) asumir plena responsabilidad con las generaciones futuras en cuanto a la conservación del medio ambiente,
- f) lograr mejores índices de competitividad frente a un mercado mundial mucho más competido respecto de la capacidad productiva y la generación de la riqueza,
- g) alcanzar el equilibrio en la generación de oportunidades, educación, empleo y bienestar entre las regiones del país,
- h) transparencia en el ejercicio del servicio público, mediante el apego de su actuación a la ley,
- i) renovar el compromiso con el imperio del orden jurídico y la consecuente sujeción de las autoridades a aquel en pos del respeto a los derechos de los particulares,

- j) una actitud republicana que privilegiara el diálogo en la relación entre los poderes Ejecutivo y Legislativo, en lo que denominó gobernabilidad democrática,
- k) fomento al federalismo, y
- l) rendición de cuentas como eje de la gestión pública.

Los mecanismos que propuso el PND para lograr dichos principios fueron un buen gobierno, finanzas públicas sanas y la revolución educativa.

El PND que se analiza agrupó las prioridades nacionales por ámbitos de actividad social de la siguiente manera:

- o Político: una sociedad que crezca con orden y respeto, para lo cual se requiere de gobernabilidad democrática y seguridad pública;
- o Desarrollo con Calidad: lograr el desarrollo económico de tal manera que éste sea dinámico, incluyente, sustentable, además de alcanzar la competitividad;
- o Social: desarrollo social y humano con atención preferente en educación de vanguardia junto con un sistema integral de salud.

Para cada una de las prioridades se creó, con el objeto de darle atención puntual, una comisión que coordinaría los trabajos de las entidades y dependencias encargadas de las materias involucradas.

Como se ve, uno de los dos ejes de la política social en el PND 2001-2006 es la salud. Su marco de referencia se fundamenta en previsiones y estimaciones estadísticas, con las que encuentra que se dan cuatro transiciones que representan desde luego los retos del país siendo éstas la demográfica, la económica, la política y la social. Bajo esta perspectiva señala que en México se seguirán presentando fuertes presiones por más y mejores servicios, al respecto apunta:

La confluencia del envejecimiento demográfico con el cambio registrado en el terreno epidemiológico demandará profundas reformas en las estrategias, alcance, funcionamiento y organización del sector salud; impondrá fuertes presiones sobre la infraestructura económica y social; desafiará la viabilidad a largo plazo de los sistemas de seguridad social, y exigirá una cuantiosa reasignación de recursos para proporcionar pensiones suficientes.¹⁶

Respecto del problema epidemiológico apunta que el perfil de las enfermedades cambia hacia una mayor incidencia de los padecimientos crónicos así como de los traumatismos en sustitución de los males infecciosos, debido a la urbanización, el cambio en las actividades ocupacionales y los niveles de educación, además de que otros padecimientos como el sida también adquieren más presencia.

Frente a este panorama, el PND propuso que las estrategias que se llevaran a cabo tendieran a la unificación de esfuerzos de las principales instituciones y sistemas de salud existentes en el país, así como al

¹⁶ Poder Ejecutivo Federal. *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*. México, Presidencia de la República, [Diario Oficial de la Federación, 30 de mayo de 2001], p. 11. Sin ambages apunta más adelante [p. 57] que tanto el IMSS como el ISSSTE enfrentan una situación de insolvencia.

Según el propio PND, para su elaboración [p. 7] se celebraron 549 foros en los que se presentaron 13 552 ponencias, con una participaron total de 36 850 personas, además de que las diferentes secretarías y entidades del gobierno llevaron a cabo, en las principales ciudades del país 517 reuniones temáticas en las que participaron 8 789 personas; a lo que se suman 75 sesiones en las que participaron 1 275 personas provenientes de instituciones de investigación, así como de organismos de los sectores público y privado, donde se contó con la participación de destacados expertos y líderes de opinión en los diferentes campos del desarrollo nacional.

En cuanto a las reuniones de opinión ciudadana, continúa el PND, se realizaron 1 141 en sus diferentes modalidades, en las que participaron 46 914 personas, más los procesos de participación ciudadana mediante encuestas y reuniones de opinión ciudadana donde participaron 174 865 personas, que presentaron un total de 379 525 propuestas. No obstante lo anterior, el alcance de los datos del gobierno federal en ese sentido fueron cuestionados, entre otros por Reyes Vayssade, Martín, en su artículo: "El PND, otro parto de los montes." *El Universal*, 04.06.2001, p. A28. Pero esto no es nada nuevo, si se atiende la siguiente versión que remite a los años 80 del siglo pasado y sus antecedentes: "Como ha sido característico de los intentos de la planificación anteriores, el presente proyecto de plan ha sido preparado ya no digamos sin la participación popular, sino ni siquiera con la participación de los funcionarios de los organismos oficiales que supuestamente se encargarían de su ejecución". La referencia es de Guillén Romo, Arturo. *Planificación económica a la mexicana*. México, editorial Nuestro Tiempo, 1985, p. 146.

desarrollo de criterios uniformemente aplicados en materia de fármacos, servicios sanitarios junto con los epidemiológicos, aunado al mejoramiento de instalaciones, equipos y materiales.

En términos de política social, a la que denomina “de desarrollo social y humano” calificándola de “emancipatoria”¹⁷, señala que sus ejes son:

1. Evitar que los grupos humanos sobrevivan en condiciones de marginación. Para evaluar la consecución de los objetivos en este rubro se propone, entre otros, medir los avances en salud.
2. Alcanzar la Equidad como objetivo de los programas gubernamentales y búsqueda de la igualdad de oportunidades. En esta materia proponía considerar como un indicador para evaluar los resultados del gobierno, información sobre las oportunidades en el acceso a la salud.
3. Fomento de la actitud emprendedora e independiente por parte de los ciudadanos.
4. Cohesión social. Al respecto dice textualmente:

la política de desarrollo social y humano incluye la cohesión social como el cuarto de sus ejes fundamentales, porque propone acciones y programas tendientes a aumentar la solidaridad de todos los mexicanos entre sí y con el bien común; a acrecentar su compromiso con la nación, mediante el fomento y la elaboración de políticas y proyectos incluyentes que

¹⁷ Se nota en este planteamiento, o por lo menos en la declaración de sus aspiraciones, la influencia conceptual de Desai Meghnad Amartya Sen, quien sostiene la relación entre política social y libertad de las persona como criterio para evaluar la primera. Citado por Barba, Carlos. “Progres: Paradojas de un programa de combate a la pobreza” Sitio en internet: greit.free.fr/textebarba200900.html. p.5

Sobre el particular, el propio PND señala más adelante [p. 37]: “La política que se ha propuesto seguir el Ejecutivo Federal implica la emancipación individual además de la colectiva, por lo que se crearán estrategias y líneas de acción que refuercen los lazos familiares y comunitarios, la solidaridad y la confianza entre los individuos y para con las instituciones; eliminen las discriminaciones de todo tipo”...

descansen en la mayor participación de los grupos que conforman la sociedad; a disminuir la presencia del Estado en los aspectos y áreas en los que las organizaciones no gubernamentales pueden tener una contribución efectiva¹⁸ (...)

5. Confianza en la capacidad del gobierno y en las instituciones del país, la cual se lograría a través de la estabilidad de las políticas y la certidumbre a cerca del comportamiento gubernamental para brindar seguridad a los ciudadanos.

En este último eje propone como referente de evaluación el alcance de la protección financiera frente a eventos catastróficos, para ello se parte del supuesto de que dos millones de hogares utilizaban 30% de su ingreso disponible para la atención de la salud.

En el apartado titulado "el compromiso con la salud", se destaca la necesidad de que el sistema de salud cambie al ritmo de la transformación del país; concibe a la salud como un objetivo del desarrollo y como condición indispensable para la igualdad de oportunidades, donde las políticas sociales deberían quedar articuladas progresivamente entre sí. Ubica la salud como el componente central del capital humano al lado de la educación. Para alcanzarla, continúa, se requiere de políticas multisectoriales y propone la ecuación: mejoría de la salud igual a democratización de la salud.

A partir de este esquema, sitúa los servicio de salud como un derecho, "no como un una mercancía, un objeto de calidad o un privilegio"; señala que: "El acceso a ellos, por lo tanto, debe ser universal, y las prioridades fijarse exclusivamente en función de las necesidades de las

¹⁸ PND. *Op. cit.*, p. 34.

personas y la efectividad de las intervenciones”.¹⁹ Ello requiere, precisa el documento, de un sistema con acceso para todos los mexicanos, “independiente de su capacidad de pago”.

Dentro del tema de la salud concluye con la puntualización de los cuatro objetivos principales y el compromiso por parte del gobierno para atenderlos:

1. Elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades.
2. Garantizar un trato adecuado a los usuarios.
3. Ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público.
4. Fortalecer el sistema de salud.

Al tratar el “Objetivo rector 6: ampliar la capacidad de respuesta gubernamental para fomentar la confianza”, hace más explícito su planteamiento en materia de atención a la salud dentro de la estrategia e], que es:

Promover sistemas de seguro para proteger financieramente a las familias ante eventuales gastos extraordinarios en salud.
Diseñar y poner al alcance de la población modalidades de seguro público en salud que cubran no sólo los gastos que realizan las familias en insumos para la salud, sino que desarrollen programas de prevención y

¹⁹ *Ibidem*, p. 36. Respecto del argumento implícito de que los trabajadores que reciben seguridad social son privilegiados, Asa Cristina Laurel (2001) señala que tal aseveración es falsa puesto que el 70% de ellos gana menos de tres salarios mínimos, es decir, “viven en condiciones de pobreza”. La autora sostiene que tal argumento se utiliza desde la década de los ochenta para recortar recursos a las instituciones de seguridad social en detrimento de su capacidad y calidad de atención, aduciendo que esos recursos se destinarán a los más pobres; en: *Op. cit.*, p. 76

detección de problemas de la población asegurada, además de brindarles protección financiera ante erogaciones desproporcionadas e imprevistas.²⁰

En suma, las prioridades y estrategias que establece la administración 2001-2006 a través de las reglas del juego precisadas en el PND respecto del tema de la salud y la prestación de sus servicios son:

Deslinde con los regímenes autoproclamados revolucionarios y de las políticas nacionalistas que llevaron a cabo. Si el principal activo de legitimidad de esa nueva administración provino de las urnas al lograr ganarle a un partido político sumido en el descrédito la elección presidencial en un sistema presidencialista, la justificación de sus acciones se centrará en la democracia electoral. En adelante pesarán menos los compromisos establecidos en el pacto que sustentó al anterior régimen que comienza a transformarse en 1982, una de cuyas expresiones más fieles es la seguridad social. De esta forma, la crítica del esquema y los fundamentos de ésta última se realiza de manera abierta.

No obstante lo anterior, dicha administración compartió valores e intereses con las dos anteriores (1988-1994 y 1994-200), de ahí precisamente que aluda a la necesidad de permanencia de las políticas públicas y de que tenga como prioridad la estabilidad macroeconómica, a partir de lo anterior también se explica que proponga la flexibilidad en el ámbito de la microeconomía (léase trabajo sin seguridad social como prestación), similar, dice, a la de los países industrializados (p.70), enmarcado todo ello en la retracción de la presencia y actividad del gobierno.

Pero es precisamente en la medida que previsiblemente con dichas providencias se anule el fundamento del esquema de la seguridad social en

²⁰ PND. *Op. cit.*, p. 68.

México, a saber, un trabajo asalariado con prestaciones reconocidas por la legislación con obligación compartida del gobierno, empresarios y trabajadores, que resultaba casi natural el hecho de que se propusieran otros esquemas de aseguramiento que busquen ampliar los puntos de apoyo de la legitimidad, de ahí la pretensión de una cobertura universal con énfasis en los grupos más desprotegidos, donde destacan conceptos como protección financiera y solidaridad humana.

Por otra parte, resulta pertinente resaltar la pretensión de dar unidad a los esfuerzos de las principales instituciones y sistemas de salud existentes en el país, así como en materia de servicios tanto sanitarios como epidemiológicos, junto con la de mejorar las instalaciones, equipos y materiales, pues persisten en sus líneas fundamentales por lo menos desde 1983 en el contexto de la consagración constitucional del derecho a la protección de la salud.

3.3. El Programa Nacional de Salud 2001-2006

Dentro del sistema de planeación mexicano se establece la existencia de programas sectoriales, los cuales desagregan y precisan temáticamente tanto los planteamientos como las prioridades señaladas en el PND.

De estos la ley de planeación prescribe (artículo 23) que contienen los objetivos, las prioridades y políticas que regirán el desempeño de la actividad del sector administrativo correspondiente, así como la estimación de recursos, junto con el señalamiento de los instrumentos así como de los responsables de su ejecución. Su cobertura es nacional y son de mediano plazo.

El proceso que describe su elaboración es el siguiente: la dependencia coordinadora del sector los somete para su aprobación al Ejecutivo Federal, previo dictamen de la SHCP (art.29). El plan y los programas sectoriales se deben publicar en el DOF (art. 30), se revisarán periódicamente según las disposiciones reglamentarias* (art. 31) y ambos serán obligatorios para la Administración Pública Federal (art. 32).

En la parte del diagnóstico, El Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS) señala que el sistema de salud en México enfrenta tres retos principales: equidad, calidad y protección financiera, lo cual obliga a hacer "una revisión a fondo" del mismo.

Orienta sus supuestos teóricos y estadísticos de la siguiente manera: Si la protección a la salud es un derecho, entonces la exclusión de los ciudadanos por parte del gobierno respecto de la atención de los servicios de salud dentro del esquema predominante de seguridad social, de aquellos que no cuentan con un trabajo asalariado y con prestaciones reconocidas por la ley es injusto, pues quienes se encuentran en tales condiciones también son ciudadanos.

En este plano, las cifras que utiliza el PNS para justificar sus planteamientos señalan que la mitad de la población en México no contaba para ese entonces con un seguro de servicios de salud, lo cual, como apunta el mismo documento, se podría reducir a un cuarenta por ciento si se toma en cuenta que los prestadores de servicios privados deberían atender al 10 % del universo total.

* A la fecha no se ha expedido el reglamento correspondiente. Sin embargo, por las disposiciones existentes en este mismo ordenamiento y con respecto a actividades estrechamente relacionadas como la presentación del informe de gobierno y los instrumentos de política económica, se entiende que la revisión será anual.

Asimismo y según la argumentación del programa, pesó el hecho de que se contara (limitadamente, si se quiere) con capacidad de pago pues

... de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, 21 por ciento de los derechohabientes de la seguridad social y alrededor de 28 por ciento de la población no asegurada reportan como su última fuente de atención ambulatoria a un prestador privado.²¹

Sin embargo, este mismo hecho se puede interpretar como la muestra de que hay una buena cantidad de beneficiarios de la seguridad social descontentos con los servicios que se les prestan y dispuestos a pagar por mejor atención, similar situación a la de 28% con capacidad de pago y preferencia por la atención privada comparada con la pública destinada a la población abierta. Si se suman los porcentajes en el universo en que están ubicados, se estaría hablando de alrededor del 25% de la población total del país con solvencia frente a los servicios de salud.

Más adelante destaca que el monto de recursos que aportan los estados para atender los servicios de salud es reducido (3% del gasto total en salud) además de heterogéneo, pues 27 entidades federativas colaboraban con menos del 20% de su presupuesto a la salud; de ellas Chiapas, Durango, Oaxaca, San Luis Potosí y Zacatecas destinaban menos del 5 %, mientras que las que asignaban para la atención de la salud más del 20% como porcentaje de su presupuesto en ese entonces eran Aguascalientes, el Distrito Federal, Morelos, Sonora y Tabasco.

Pero esa desigualdad se manifiesta, según esto, también por instituciones, ya que el gasto per cápita de los servicios de salud de Petróleos Mexicanos era seis veces mayor que el de la SSA. Aunado a ello,

²¹ Poder Ejecutivo Federal. *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la Salud. Hacia un sistema universal de salud.* México, 2001 [versión de la página www.ssa.gob.mx], p. 60.

señala que buena parte del gasto se destinaba a la atención curativa y sobre todo en la de especialidad.

En cuanto a la calidad, apunta que en los centros de salud y 224 hospitales de la SSA como representativos de un estudio realizado, menos del 40 % de los trabajadores se sentían satisfechos con su entorno laboral. Además de que más del 85 % de las unidades hospitalarias carecían de “la información más elemental sobre la existencia de los requisitos básicos para garantizar atención adecuada”.

El PNS resalta que los problemas respecto de la calidad se presentan también en los prestadores de servicios de salud de carácter privado. Asimismo, cita la Segunda Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, aplicada por la Fundación Mexicana para la Salud en mayo de 2000, según la cual 19 % de los entrevistados pensaba que el gobierno debía centrar su atención en la salud y 76 % opinó que se requería hacer cambios profundos en el sistema de salud.

Por lo que hace a la protección financiera, dice que

... más del 50 por ciento del gasto total en salud es gasto privado y más del 90 por ciento del mismo es gasto que proviene directamente del bolsillo personal (...) cada año entre dos y tres millones de hogares mexicanos se ven obligados a hacer uso de más de la tercera parte de su ingreso disponible para financiar la atención de su salud, con lo que incurren en lo que se conoce como gastos catastróficos. Este fenómeno es más común entre los hogares pobres comprendidos en los deciles de ingreso 1, 2 y 3.²²

²² *Ibidem*, p. 57.

Además de que dos de cada diez mexicanos reportaron haber pospuesto la atención de su salud por lo menos una vez en el año por no disponer de recursos financieros.

Mención expresa requiere la cita que hace el documento del planteamiento de la OMS, pues como salta a la vista el PNS se apega en buena medida a él. Dice:

De acuerdo con la OMS, los objetivos básicos de los sistemas de salud son tres: i) mejorar la salud de la población, ii) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud y iii) garantizar seguridad financiera en materia de salud.²³

Los valores que se propusieron para guiar el sistema de salud al que pretendió llegar son: justicia, autonomía y corresponsabilidad social, los cuales se traducirían en ciudadanía, solidaridad y pluralismo concebidos como los principios rectores del sistema. En el primero de ellos coloca la protección de la salud como un derecho de todos que implica la atención de los grupos mas vulnerables como una responsabilidad compartida, en tanto que el segundo se tradujo en los siguientes términos: que los que cuentan con mayores recursos se solidaricen con los que menos tienen, en tanto que el pluralismo se cifró en la oferta de opciones a los usuarios, sobre todo en el primer nivel de atención.

A partir del reconocimiento de la protección a la salud, que no de la salud misma como un derecho social y como un factor indispensable para elevar los niveles tanto de productividad como de desarrollo, planteó cinco objetivos coincidentes con las orientaciones que en materia de política social hace el PND:

²³ *Ibidem*, p. 160.

-
1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
 2. Abatir las desigualdades en salud.
 3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.
 4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
 5. Fortalecer al sistema de salud, en particular sus instituciones públicas.

Para lograrlos plateó diez estrategias, la primera mitad directamente relacionadas con dichos objetivos y las cinco restantes de tipo instrumental:

- I. Vincular la salud con el desarrollo económico y social,
- II. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres,
- III. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades,
- IV. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud,
- V. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población,
- VI. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud,
- VII. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud,

VIII. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud,

IX. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención y,

X. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

Una vez que se analizó el cuadro general del PNS y para los fines de la presente investigación se puede centrar el análisis principalmente, aunque no manera exclusiva porque sus líneas directrices están interconectadas como se verá en el capítulo siguiente, en la estrategia número 5 que da origen al seguro popular. El PNS la define como “un prepago subsidiado con fondos públicos, dirigido a la población de bajos recursos que actualmente carece de aseguramiento”.²⁴

Para materializar la estrategia consistente en la protección financiera propuso abordar cuatro líneas de acción:

1. Consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular
2. Promover y ampliar la afiliación al seguro social
3. Ordenar y regular el prepago privado
4. Articular el marco de aseguramiento en salud.

²⁴ *Ibidem*, p. 116.

Para emprender la primera, establecía la necesidad de avanzar tanto en la cobertura geográfica como en la integralidad de la atención. El mecanismo proyectado para la afiliación era utilizar los padrones de los programas de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL).

Este planteamiento ofreció cobertura universal en los servicios básicos de salud para 2006, aunque lo condicionó con la disponibilidad de recursos en los presupuestos anuales. Además de esta meta, se consideraba la reducción de los gastos catastróficos en 75%, también para el año 2006.

En cuanto al punto número dos, a partir de la mención de que con la creación en 1995 del Seguro de Salud para la Familia (SSF) cuyo objeto fue que cualquier trabajador no asegurado pudiera establecer un contrato con el IMSS con el fin de que él y su familia tuvieran derecho a las prestaciones médicas que otorga, señala que dicho Instituto es la "única institución pública que tiene un seguro de afiliación voluntaria con estas características". Al respecto se propuso el crecimiento de la cobertura en medio punto porcentual cada año sobre la base de la población total del país, así como la promoción de los esquemas voluntarios de afiliación a la seguridad social dirigidos a trabajadores no asalariados y a las familias con capacidad de pago.

Para incentivar su planteamiento, el seguro popular pretendía subsidiar la afiliación al SSF, hasta en un monto que en determinados casos podría llegar a cubrir casi la totalidad de la cuota familiar, pero no abarcarla cabalmente.

La tercera línea de acción pretendió lograr la reducción de la incidencia en gastos catastróficos por parte de los segmentos de población con ingresos medios y altos como un complemento tanto del seguro popular como de la seguridad social, bajo el supuesto de evitar el

empobrecimiento eventual de dichos sectores; partía del dato de que hasta ese entonces sólo 2 % del gasto total en salud se realizaba mediante esta forma de aseguramiento.

Mientras que la cuarta línea de acción establecía las directrices generales para darle "contenido presupuestal" a su aspiración tanto de equidad como de protección financiera; éste punto señala en términos generales de dónde provendrían y a qué se destinarían los recursos financieros del sistema en adelante.

Con él planteaba las siguientes actividades: I) vinculación del gasto público en salud con las necesidades de los usuarios sin importar la organización (pública, privada o social) que preste los servicios; II) vinculación de los recursos con la demanda y no con la oferta de servicios y, III) la ampliación de la solidaridad del sistema mediante la articulación de planes de aseguramiento y la diversificación de riesgos entre grupos de población cada vez más grandes, donde la regulación del aseguramiento se enfocaría a la promoción de planes anticipatorios del daño.

Mención puntual merece la concepción del PNS respecto del papel del Estado en la política social y en particular en la prestación de servicios de salud, pues en buena medida de ello depende tanto la orientación como el contenido de sus planteamientos; al respecto acota:

La función de rectoría ha evolucionado y hoy implica la separación de funciones y el abandono, por parte del Estado, de la prestación directa de servicios. Supone sobre todo la definición y conducción de las políticas de salud, la planeación estratégica (sic) la regulación de bienes, servicios e insumos, la generación y el análisis de la información, y la evaluación del desempeño.²⁵

²⁵ *Ibidem*, p.128.

En definitiva, el PNS establece reglas del juego más claras acerca del seguro popular; lo que se buscó originalmente fue ampliar la cobertura en la atención de servicios básicos de salud hasta llegar a la universalidad de los mismos como uno de los elementos integrantes de una política de salud que aspiró desde luego a establecer esquemas de aseguramiento que evitaran los llamados gastos catastróficos (concepto clave) pero sobre todo que no implicaran una mayor cantidad de gasto público, razón por la cual apeló a la solidaridad humana. Con ello se buscó que ayudara a desenmarañar el camino hacia la retracción de la actividad estatal en materia de política social.

Si la visión que describe el PNS en sus líneas es expresión de la concepción que la clase gobernante tiene de los asuntos y problemas públicos, entonces se puede decir que mediante la política pública desde entonces conocida como el seguro popular, se buscó materializar esa visión respecto de la rectoría estatal en asuntos de salud: no más prestación directa de servicios de salud por parte del gobierno.

CAPÍTULO CUARTO

El seguro popular. Dilemas en torno a una política pública: entre la reforma del sistema de salud y el asistencialismo

...la evaluación de instituciones, políticas o programas sociales, en términos de justicia deben centrarse en el análisis de la libertad real que confiere a las personas para elegir su modo de vida.

Amartya Sen

El seguro popular (SP) es una política pública vigente cuyas pretensiones, objetivos y metas se inscriben como punto de paso en la reforma del sistema de salud en su conjunto, a la par que busca realizar una reivindicación añeja para el sector salud en México: la cobertura universal en la prestación de servicios que tiene como principio ordenador el derecho a la protección de la salud establecido en el artículo cuarto constitucional.

Como tal, el SP responde necesariamente a los intereses y las visiones que acerca de la salud se verifican en la arena política mexicana, pero también respecto de sus realidades y carencias. Así, la búsqueda de realización de sus objetivos frente a los rezagos en materia de salud tensa dicha política pública en direcciones contrapuestas con el riesgo de desmembrarla, pero también con la posibilidad de que si logra modelar la acción de esas fuerzas centrifugas se erija como un paso importante hacia adelante en la materia.

En el presente capítulo se describe y analiza el seguro popular como política pública, debido a que representa la parte medular del objeto de estudio de esta investigación, ello a partir de los cimientos que se construyeron con antelación en cuanto a los aspectos teórico e histórico así como del nicho institucional que posibilitó su gestación en el país, los cuales permitieron dimensionar los puntos problemáticos respecto tanto de la pertinencia y vigencia conceptual de las políticas públicas, como de los aspectos y problemas de salud junto con los que son propios de la política sanitaria en México.

4.1 El Programa de Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)

El Programa de Salud para Todos (PST), que desde entonces se conoce comúnmente como Seguro Popular (SP), se concibió como un esquema gubernamental encaminado a enfrentar uno de los tres principales retos del Sistema Nacional de Salud reconocido en el PNS 2001-2006 y establecido con anterioridad por la OMS: la protección financiera.

La meta original de dicho programa fue que en el año 2006, el 100 por ciento de la población mexicana estuviera afiliado en alguno de los esquemas de aseguramiento existentes en el país, ya fuera en el que propuso, el del IMSS, el del ISSSTE, o cualquier otro del sector privado. Con ello el SP tenía frente a sí el reto de erigirse en tan sólo cinco años en un seguro público que resultara accesible y atractivo para más del 50 por ciento de la población que en ese entonces la SSA estimaba no contaba con algún seguro de salud (57.8 %, de acuerdo con el censo de población y vivienda 2000).

Con este tercer seguro público se pretendió reducir el número de familias que según las cifras oficiales incurrían en gastos de bolsillo (51 por ciento del gasto en salud en el país), y que redundaban en gastos catastróficos (de dos a tres millones de familias estimaba el propio PNS 2001-2006) o eran empobrecedores por motivos de salud, así como inculcar una cultura de prepago como consecuencia de la concepción de la salud como una actividad y objetivo donde la corresponsabilidad entre gobierno y sociedad era compartida.

De igual manera, el SP pretendió abrir desde sus inicios la base de su financiamiento, mediante la aportación por parte de las familias aseguradas de un porcentaje que le dotaría de viabilidad ante un

panorama fiscal en el que se planteaba la necesidad de una reforma que buscaba extender la base gravable y que utilizaba como argumentación la idea de que el gobierno, carente de recursos, buscaba allegarse de más en aras de destinarlos a los programas sociales.

Asimismo, empató su planteamiento con la descentralización de los servicios de salud a la población abierta, toda vez que la operación y prestación de los mismos correspondería a los estados, donde, acorde al bosquejo del mismo PNS 2001-2006, a la federación correspondía únicamente la rectoría del sistema, la cual se traduce en este caso en la elaboración de la política pública, en parte de su financiamiento, así como en su seguimiento y evaluación pero también en la adjudicación exclusiva de los logros que se pudieran obtener con miras a los procesos electorales.

4.1.1 Objetivos

La presentación formal del SP se hizo mediante el "Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de marzo de 2002.

En dicho documento se platea como su objetivo general lo siguiente:

El Seguro Popular de Salud es el instrumento que permitirá enfrentar el reto establecido en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 para brindar protección financiera a todos los mexicanos, ofreciendo una opción de aseguramiento público en materia de salud a familias y los ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social.

Enfrentar este reto implicaba adoptar los siguientes objetivos específicos:

- “Reducir el gasto privado de bolsillo que pone en riesgo de empobrecimiento a las familias más vulnerables, por su estado de salud y su nivel socioeconómico.
- Fomentar la atención oportuna de la salud de las familias mexicanas, evitando la postergación y consecuente agravamiento de enfermedades por motivos económicos.
- Fortalecer el sistema público de salud para reducir la brecha entre familias derechohabientes de la seguridad social y los que no tienen esta prestación en materia de salud.
- Contribuir a superar iniquidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas con diferentes niveles de desarrollo en materia de salud”.

4.1.2 Características

Incorpora el concepto de familia unipersonal para ampliar sus fuentes de financiamiento. En su planteamiento original el SP tuvo como población objetivo a la familia nuclear: padre, madre e hijos menores de 18 años, así como al padre y madre de cualquiera de los miembros mencionados que cubrieran dos requisitos, a saber, ser mayores de 64 años así como que habitaran en la misma vivienda. Los mayores de 18

años que se afiliaran, lo harían como familia unipersonal, es decir bajo los mismos criterios, políticas, derechos y obligaciones que la familia nuclear.

Cobro a la totalidad de los "beneficiarios". En el esquema primigenio del SP no se planteó ninguna excepción para el cobro de cuotas a las familias, las cuales podrían acceder a los servicios de salud mediante un pago anticipado, que tuvo como fuente de determinación la Encuesta Nacional de Aseguramiento en Salud y Gasto en Salud efectuada en diciembre del 2001, así como la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares del año 2000. Las cuotas de afiliación estipuladas para ese entonces fueron las siguientes:

Cuadro No. 1

Cuotas semestrales originales para acceder al seguro popular de acuerdo con los deciles del ingreso

Deciles de ingreso	Ingreso trimestral promedio por hogar	Cuota semestral (pesos)	Cuota anual (pesos)
I	3,537	120	240
II	6,157	180	360
III	8,395	300	600
IV	10,707	540	1,080
V	13,284	900	1,800
VI	16,511	1,140	2,280
VII	20,611	1,500	3,000
VIII	26,209	1,800	3,600
IX	37,502	2,400	4,800
X	90,224	3,000	6,000

Fuente: Secretaría de Salud. *Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*. México, D.O.F., 15 de marzo de 2002, p. 411 [cuadro 7.1. "Cuota por familia según decil de ingreso"]. En él se aclara que la "agrupación" es "del total de hogares en diez estratos con igual número de hogares, ordenados de menor a mayor de acuerdo a [sic] su ingreso corriente trimestral (ENIGH, 2000).

Es un programa social. Como parte integrante de la política social de la administración 2000-2006, pretendía dirigirse preferentemente a los “seis primeros deciles de la distribución del ingreso que no sean derechohabientes de la seguridad social y residan en localidades semiurbanas y urbanas”.¹

Es un seguro público en el entendido que su financiamiento se llevaría a cabo principalmente con recursos públicos, provenientes de la federación y que su operación, esto es, la prestación directa de servicios de salud corresponde a las 32 entidades federativas. De esta manera, aseguraba a las familias ante el evento riesgoso que en este caso es la enfermedad de sus integrantes en alguno de los supuestos que prevenía explícitamente el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) mediante un pago anticipado que simulaba en su funcionamiento a un seguro.

El monto de la aportación federal se determinó con base en el costo promedio nacional del CABEME de la siguiente manera:

El monto de recursos del subsidio por individuo asegurado, esto es el subsidio per cápita, se calcula a partir del costo per cápita promedio del catálogo de beneficios médicos estimado para cada estado, menos el monto per cápita de recursos fiscales destinados a la prestación de servicios personales de salud en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (FASSA, PAC, PROGRESA).

Pero con la acotación de que

En atención a lo dispuesto en el Artículo 59 Fracción II del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (...) el subsidio otorgado por familia no podrá ser mayor al 30 por ciento del costo del Catálogo de Beneficios Médicos.²

¹ *Ibidem*, p. 398.

² *Ibidem*, pp. 399 y 400.

Asimismo, parte de una división explícita de funciones entre los órdenes de gobierno federal y estatal para la implementación del SP. A grandes rasgos, la SSA sería la instancia normativa a la que correspondía garantizar tanto la coherencia como la coordinación del SP con otros programas gubernamentales y de otros organismos del sector salud, identificar prioridades en cuanto a los grupos de población, zonas geográficas e infraestructura para la implementación del SP, además de la realización de estudios e investigaciones para implementarlo.

Por otro lado, involucra como instancias ejecutoras tanto al gobierno federal como a los gobiernos estatales; al primero correspondía la planeación estratégica del SP, su financiamiento, el diseño y elaboración de materiales de sensibilización, definir el marco organizacional, la utilización de padrones de beneficiarios de otros programas sociales, además del diseño, desarrollo y suministro de los instrumentos para la valoración de la capacidad de pago, promover la participación de los ayuntamientos, así como establecer lineamientos para integrar y administrar el padrón de beneficiarios del SP entre otras.

A los gobiernos estatales competía: identificar a los grupos de beneficiarios, difundir el SP, afiliar y administrar el padrón, contar con el personal para la prestación de los servicios así como suministrarlos junto con sus medicamentos, aplicar los recursos para los fines establecidos y conforme a los compromisos adquiridos, sustituir el pago de cuotas de recuperación por el de cuotas de afiliación, promover tanto la adecuación normativa para la operación de SP, así como esquemas de operación acorde con la modernización de su administración y que alentaran la certificación de su personal.

Es voluntario, lo cual se expresa en dos dimensiones: por una parte las entidades federativas firmarían un acuerdo de coordinación con la

federación para su implementación, y por la otra las familias decidirían afiliarse o no al esquema.³

*Hace explícitos los derechos y obligaciones de los beneficiarios e intenta difundirlos entre ellos, a través de una carta así denominada la cual los contiene.*⁴ Los derechos son: a) Acceso igualitario a la atención; b) Trato digno y atención de calidad; c) Medicamentos al 100% de acuerdo con los servicios prestados; d) Información y orientación sobre, durante y después del servicio; e) Expediente clínico; f) Decidir libremente sobre su atención; g) Rechazar tratamientos o procedimientos y, h) Acceso a servicios de urgencias.

Mientras que en las obligaciones se estipularon: a) Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades; b) Informarse sobre el funcionamiento de los establecimientos (prestaciones, horarios y programas que ofrecen); c) Solicitar atención en el establecimiento de la red que corresponda, acorde con las necesidades de salud; d) Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud; e) Informarse sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen; f) Informarse

³ Dentro de la experiencia internacional para la ampliación de la cobertura en seguridad social, incluida atención a la salud en países con ingresos bajos, en un libro publicado por la OIT se llegó a la siguiente conclusión (p. 198): “Sin embargo, ha de tenerse en cuenta que las principales restricciones para la extensión de la cobertura no se derivan de los modelos de seguridad social vigentes, sino del hecho de que son contributivos, requiriendo cotizaciones en metálico que no todos en El Salvador están en condiciones de asumir, precisamente por las situaciones de pobreza e informalidad”. Ver: de Solórzano, Ruth y Ramírez, Víctor. Seguridad social básica en El Salvador [capítulo 6, pp. 173-198] en: Organización Internacional del Trabajo (dirección de la publicación: Wouter van Ginneken). *Seguridad social para la mayoría excluida. Estudios de casos de países en desarrollo*. Reino Unido, edición de la OIT, 2000. Entre las conclusiones generales de esta misma obra se apunta (p. 220) una recomendación en materia de políticas para los países de ingresos medios y con instituciones de seguridad social bien desarrolladas consistente en que “deberían dirigirse a la cobertura de la población, a través de la extensión del programa de seguro social obligatorio”.

⁴ *Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud. Op. cit., pp. 400-402.*

acerca de procedimientos de consulta y quejas; g) Cumplir las prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse; h) Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento; i) Hacer uso responsable de los servicios de salud.

Ofreció un paquete de servicios mínimos en salud, el cual contenía 78 intervenciones sujetas a ampliación, de acuerdo con las necesidades de salud y perfiles epidemiológicos verificados en las entidades federativas. Lo anterior a partir de que hizo explícitas las prestaciones mediante el CABEME, donde se les agrupó de la siguiente manera:

Cuadro No. 2
Catálogo de Beneficios Médicos

Categoría de servicios	Rubros de atención comprendidos	Lista de intervenciones
Servicios de medicina preventiva	<ul style="list-style-type: none"> ○ Inmunizaciones, detección y prevención 	1 Inmunización contra poliomielitis 2 Inmunización contra sarampión, rubéola y parotiditis 3 Inmunización con vacuna pentavalente 4 Inmunización con BCG 5 Inmunización contra DPT 6 Inmunización contra difteria y tétanos, Td 7 Inmunización con toxoide tetánico 8 Inmunización contra influenza en el adulto 9 Inmunización contra neumococo en el adulto 10 Detección de la Diabetes Mellitus 11 Detección de la Hipertensión Arterial 12 Detección de trastornos de la agudeza visual en niños 13 Detección de cáncer cérvico-uterino 14 Detección de cáncer de mama (clínica, mastografía y biopsia) 15 Detección de hipertrofia de

Capítulo 4

Los dilemas del seguro popular: entre la reforma y el asistencialismo

		<i>...continúa cuadro</i>
Servicios de medicina preventiva	<ul style="list-style-type: none"> ○ Inmunizaciones, detección y prevención 	<p>próstata (clínica, antígeno y toma de biopsia)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de consejería médica, psicológica, dieta y ejercicio 	<p>16 Vigilancia de la nutrición crecimiento y consulta del niño sano 17 Examen físico anual para adultos mayores de 40 años 18 Consejería Nutricional y de Ejercicio (obesidad, hipercolesterolemia, osteoporosis, HTA) 19 Grupos de autoayuda para desarrollar conductas saludables 20 Detección, consejería y referencia de adicciones 21 Consejería sobre Salud Reproductiva 22 Detección y consejería para la prevención de ITSs (VIH, sífilis, Hep. B y chlamidia)</p>
Servicios de consulta externa	<ul style="list-style-type: none"> ○ Medicina familiar ○ Medicina familiar 	<p>23 Diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus tipo II 24 Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial 25 Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad péptica (incluye endoscopia) 26 Diagnóstico y tratamiento del asma (incluye urgencias y hospitalización) 27 Diagnóstico y tratamiento de gota 28 Diagnóstico y tratamiento anemia ferropriva 29 Diagnóstico y tratamiento de enfermedad articular degenerativa 30 Diagnóstico y tratamiento de dermatosis simples 31 Diagnóstico y tratamiento de la Otitis Media Aguda 32 Diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda 33 Diagnóstico y tratamiento del Cólera 34 Diagnóstico y tratamiento de</p>

<p>Servicios de consulta externa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Medicina familiar 	<p style="text-align: right;"><i>...continúa cuadro</i></p> <p>parasitosis intestinal 35 Diagnóstico y tratamiento de infección respiratoria aguda 36 Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis 37 Diagnóstico y tratamiento del dengue clásico y hemorrágico (incluye urgencias y hospital) 38 Diagnóstico y tratamiento del paludismo 39 Diagnóstico y tratamiento de brucelosis 40 Diagnóstico y tratamiento de la lepra 41 Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de vías urinarias y pielonefritis 42 Diagnóstico y tratamiento de ITS (sífilis, gonorrea, candidiasis, clamidia y tricomonas)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de salud comunitaria 	<p>43 Diagnóstico y consejería del tabaquismo en adolescentes 44 Diagnóstico y consejería del alcoholismo 45 Diagnóstico y tratamiento farmacológico ambulatorio de la depresión 46 Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la epilepsia</p>
<p>Servicios de consulta externa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de salud reproductiva 	<p>47 Planificación familiar con métodos temporales, anticonceptivos 48 Planificación familiar con métodos temporales, preservativos 49 Planificación familiar con métodos temporales, DIU 50 Planificación familiar con métodos definitivos: vasectomía 51 Clínica de displasias y conización</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Unidad básica de rehabilitación 	<p>52 Rehabilitación de fracturas 53 Rehabilitación de parálisis facial 54 Estimulación temprana del prematuro</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Servicio de odontología 	<p>55 Prevención de caries (curetaje, odontoxesis y aplicación tópica de flúor)</p>

Capítulo 4

Los dilemas del seguro popular: entre la reforma y el asistencialismo

		<i>...continúa cuadro</i>
		56 Obturación de caries de 1er. y 2o. grado con amalgama
Servicio de urgencias, hospitalización y cirugía	o Atención de urgencias	57 Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curaciones y suturas) 58 Diagnóstico y tratamiento de fracturas cerradas de huesos largos 59 Diagnóstico y tratamiento de envenenamientos 60 Prevención de la rabia y manejo de mordeduras 61 Diagnóstico y tratamiento de mordedura de serpiente 62 Diagnóstico y tratamiento del alacranismo y picaduras 63 Estabilización de pacientes (Hipertensión, Diabetes, Angor pectoris)
	o Servicios de hospitalización	64 Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis 65 Diagnóstico y tratamiento de la neumonía 66 Diagnóstico y tratamiento de meningitis
	o Atención del embarazo, parto y recién nacido	67 Atención prenatal del embarazo y detección y referencia del embarazo de alto riesgo 68 Atención del parto normal y del puerperio 69 Atención perinatal del recién nacido 70 Tamiz metabólico del recién nacido (hipotiroidismo y fenilcetonuria) 71 Tratamiento del hipotiroidismo congénito
	o Servicios quirúrgicos	72 Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de hernia inguinal 73 Planificación familiar con métodos definitivos: salpingoclasia 74 Atención del parto por cesárea y puerperio 75 Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones de aborto 76 Colectomía abierta 77 Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del abdomen agudo quirúrgico 78 Cirugía de útero (histerectomía)
Servicio de urgencias, hospitalización y cirugía		

Fuente: Elaboración propia a partir del CABEME, establecido en el Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud”, *Op. cit.*, (Anexo 1), pp. 417-420.

Propone un modelo de atención en el que privilegia la racionalidad en la prestación de los servicios, a través de lo que denomina un mecanismo de referencia mediante el cual se evalúa en los centros de salud que brindan atención primaria la pertinencia de que los beneficiarios accedan a los servicios y medicamentos de hospitalización, excepto en los casos de urgencias.

Define con criterios técnicos la delimitación del ámbito geográfico para la aplicación del SP en aras de garantizar su permanencia. En este rubro el documento que contiene las reglas de operación del SP, apunta que “inicialmente” operaría (su arranque se verificó en el año 2001 según la SSA) en 26 municipios de cinco estados de la República, además de que previó un tope para el número de familias afiliadas que fue de 59 484. Las localidades y sus regiones, así como sus respectivos toques fueron los siguientes:

- Calkini, Hecelchakán, Tenabo, Campeche y Holpechén en el estado de Campeche con un número máximo de 9 741 familias beneficiarias;
- Comalcalco y Cunduacán en el estado de Tabasco, con un tope estimado de 13 352 familias;
- Los municipios de Acatic, Atotonilco, Ayotlán, Cabo Corrientes, Arandas, Encarnación de Díaz, Jalostotitlán, Jesús María, Puerto Vallarta, San Julián, San Miguel el Alto, San Sebastián del Oeste, Tepatitlán de Morelos, Tomatlán, Valle de Guadalupe y Cañadas de Obregón en el estado de Jalisco, con número limitado a 13 838 familias;
- Aguascalientes en Aguascalientes, con 11 063 familias como máximo y,

- Colima y Villa de Alvarez en Colima, con un número tope de 11 490 familias.

Los criterios para la selección geográfica de los lugares en donde inicialmente se implementó el SP fueron:

- Alta cobertura de seguridad social
- Existencia de capacidad para ofrecer los servicios
- Grandes concentraciones urbanas y semiurbanas
- Existencia de grupos beneficiarios de programas sociales del gobierno federal.

A estos lineamientos, Lidia Gordillo y Dulce Mora⁵ suman otros tres:

- La mayor incidencia y prevalencia de enfermedades
- La mayor proporción y número de personas no aseguradas en los primeros seis deciles y,
- La demanda potencial de aseguramiento

Como parte de la *racionalización de recursos* destinados a los programas sociales y *la focalización como criterio determinante para su operación*, se estableció un *estudio socioeconómico como requisito* para ser sujeto de afiliación, mediante el cual se determinaba el decil de ingreso al que pertenecía la familia para efectos del pago de su respectiva cuota de afiliación.

⁵ Gordillo Resendiz, Lidia y Mora Pérez, Dulce Gloria. *Política de salud en México: un análisis de la primera etapa del Programa Seguro Popular*. México: El autor, 2005. Tesis Licenciatura (Licenciado en Trabajo Social) UNAM-Escuela Nacional de Trabajo Social, p. 89. Aunque las autoras no citan la fuente, el segundo criterio que proponen se desprende tanto de la población objetivo como de los objetivos del seguro popular.

Los requisitos para la afiliación fueron residir en los lugares donde operaría el SP, afiliarse de manera voluntaria, no ser derechohabiente de la seguridad social y cubrir la cuota correspondiente, lo que implicaba sujetarse al estudio socioeconómico.

4.2 Críticas al Seguro Popular de Salud y reflexiones en torno a sus orígenes, pretensiones y viabilidad. La ubicación del SP como parte de la reforma del sistema nacional de salud

A partir de la caracterización del SP en su primera etapa se pueden formular una serie de puntos críticos con los que se enfrentó desde su diseño e implementación, lo cual determinará su posterior desenvolvimiento y reformulación.

En primer lugar se encuentra que existe un conjunto de barreras para los potenciales usuarios, la principal de ellas es la económica pues si por definición la pobreza es el estado de supervivencia caracterizado por la carencia de medios para satisfacer sus necesidades básicas, las personas que caigan en esta categoría y forma de supervivencia no podrán pagar por servicios de salud, lo cual no les permitiría "optar" por afiliarse al SP.

Para mayor abundamiento en torno a este escollo real de la política pública, se puede ver la definición que hace el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) de la pobreza en las tres dimensiones que propone para su investigación.

Al respecto, dicho órgano desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Social sostiene que en pobreza alimentaria están la personas (18 millones 790 mil ó 18.2% de los habitantes del país) cuyo ingreso per

cápita a nivel hogar es menor al necesario para cubrir las necesidades correspondientes a los requerimientos establecidos en la canasta alimentaría INEGI-CEPAL.

Mientras que en pobreza de capacidades ubica a las personas cuyo ingreso per cápita a nivel de hogar es menor al necesario para cubrir el patrón de consumo básico de alimentación, salud y educación (aquí se hallaban según dicho órgano 25 millones 950 mil mexicanos que equivalen a 25.13%* de la población en México). Por último la pobreza de patrimonio en la que perviven las personas cuyo ingreso per cápita a nivel de hogar es menor al necesario para cubrir el patrón de consumo básico de alimentación, vestido y calzado, vivienda, salud, transporte público y educación (donde se encontraban sobreviviendo 49.7 millones de personas, es decir 48.13%* de los habitantes en el país).⁶

Como se puede ver, si se toman como base los datos que proporciona un organismo gubernamental, los pobres en México representan prácticamente la mitad de la población y en esa condición no están en posibilidad de pagar por servicios de salud según su propia definición, de tal manera que si lo hacen será a costa de una de las necesidades básicas que se enumeran en las definiciones, como la alimentación o la educación.

⁶ Las definiciones son las utilizadas por el Coneval y se encuentran reproducidas en el *Reporte del Coneval sobre las Cifras de la Evolución de la Pobreza en México*. Comunicado número 001/2006 de fecha 1 de octubre de 2006, p. 8 [cuadro 1] en <http://coneval.gob.mx>. Véase también: Muñoz E. Alma. *Op. cit.* Por lo que hace a las cifras, son las que ofreció ese mismo organismo el día 4 de julio de 2007, al respecto ver: Muñoz Ríos, Patricia. “Vergonzoso, que una persona sea súper rica y millones no tengan para comer”. *Diario la jornada*, sección sociedad y justicia, 05.07.2007, p. 45.

* Los porcentajes con esta marca se sacaron a partir del proporcionado para la pobreza alimentaría, a través de una regla de tres.

De ahí se puede concluir que cobrar por un paquete de servicios públicos de salud, así sea sólo en una parte del precio estimado del mismo, se erige como una barrera para la mitad de la población (correspondiente a los cinco deciles más bajos). Lo anterior representa un serio escollo del SP si se toma en cuenta que es un programa social que pretende llegar preferentemente a los seis deciles más bajos del ingreso, pues hay que recordar que inicialmente no exentaba de pago a nadie.

Íntimamente ligada con la anterior, otra de las críticas puntuales que se elaboró contra los fundamentos del SP en esta etapa tuvo que ver con la ocurrencia real de los llamados gastos catastróficos, concepto que originalmente los hacedores de la política pública concibieron como aquellos "gastos tan elevados en relación al ingreso familiar que pusieron en riesgo la satisfacción de otras necesidades básicas".⁷

Entendidos en este sentido amplio podían incurrir en gastos catastróficos más de la mitad de la población, lo que llevó a sus creadores a delimitarlo posteriormente con la siguiente orientación, derivada del análisis de su detracción:

El gasto en salud reportado por las Encuestas de Ingreso-Gasto de 2002, es menor que cualquiera de los gastos en los que incurre una familia mensualmente, haciendo que el fundamento del Programa Seguro Popular sea obsoleto, ya que la protección financiera se está brindando por un rubro por el que las familias no incurren en gastos catastróficos como se mencionó, al menos en lo que demuestran las estadísticas oficiales de la Secretaría de Salud.⁸

En descargo de la realidad hay que decir que el mismo documento que dio a conocer las reglas de operación del SP, define (p. 428 del DOF)

⁷ Frenk Mora, Julio José y otros (1994). *Op. cit.*, p. 53.

⁸ Gordillo Resendiz, Lidia y Mora Pérez, Dulce. *Op. cit.*, p. 96.

el gasto catastrófico en salud como aquel que constituye más del 30 por ciento del ingreso anual disponible del hogar (ingreso total menos el gasto en alimentación) y que pone en riesgo de empobrecimiento a los hogares de menores ingresos.

De dicha puntualización, así como del PNS 2001-2006 que estima que entre dos y tres millones de hogares mexicanos, principalmente ubicados en los tres primeros deciles del ingreso más bajo incurren en gastos catastróficos por motivos de gastos en salud (supra, p. 150) se desprende que los hogares que en su mayoría recaen en la situación descrita son los más pobres, por lo que para respaldar cabalmente la crítica que hacen Gordillo y Mora haría falta desagregar el gasto promedio de esos hogares y ver qué cantidad del mismo destinaron a la salud.

Lo anterior debido a que sustentan su observación al fundamento del SP en el promedio general del gasto por hogares que según la ENIGH 2002 era de \$5.763 pesos mensuales, mientras que en el rubro de alimentos, bebidas y tabaco el monto promedio por mes era de \$1,787 pesos, en tanto que el gasto destinado para cuidados médicos ascendía a \$301 pesos mensuales.

De tal manera que al descontar del gasto total, como prescribe la fórmula utilizada por la SSA (que no del ingreso), el correspondiente a alimentos y después de sacar del subtotal obtenido (\$3,976 pesos) el porcentaje que representa el gasto en cuidados médicos, se obtiene un 7.5%, lo cual quiere decir que efectivamente el grueso de las familias mexicanas no incurren en gastos catastróficos.

Pero precisamente en virtud de las acotaciones elaboradas a partir de la presente investigación, se puede ahondar en el punto de si los deciles del ingreso más bajo incurren o no en gastos catastróficos por

motivos de salud. Para ello se cruza la información elaborada por la propia dependencia, además de la utilizada para dar sustento técnico y de información a la política pública en cuestión.

Si se retoma del cuadro elaborado por la SSA para el cobro de cuotas de afiliación al SP (supra, p. 162) según el cual el ingreso trimestral del decil más pobre en el país es de \$3,537 pesos y se multiplica esa cifra por 4 para saber cuál es el ingreso total anual (12 meses por año) se obtiene una cantidad de \$14,158 pesos, la cual es menor que los \$ 21,444 obtenidos de multiplicar \$1,787 pesos que según la ENIGH 2002 los hogares gastan mensualmente en promedio en alimentos, bebidas y tabaco por 12 meses.

Así las cosas, el diez por ciento de los hogares más pobres en México no podrían incurrir en gastos catastróficos, sencillamente por que no cuentan con los recursos mínimos necesarios para alimentarse, entonces no habría excedente para gastar en cuidados médicos, claro está, a menos de que fueran sujetos de crédito o en su defecto enajenaran su exiguo patrimonio.

Lo mismo pasa en el segundo decil más bajo, pues si a su ingreso anual (\$24, 628) se le resta el promedio anual en alimentos bebidas y tabaco (\$21,444), se obtiene \$3,184 de ingreso anual disponible, cifra menor al gasto promedio anual en cuidados médicos, estimado por la ENIGH 2002 en \$3,612; por lo que para cubrirlo tendrían que recurrir a las prácticas hipotéticas descritas en el párrafo anterior o en su defecto se requeriría que dejaran de comer.

En cuanto al tercer decil y con las mismas operaciones aritméticas, se obtiene que su gasto promedio en salud colinda con el catastrófico, al representar el 29.76% del ingreso anual disponible. El resto de los deciles,

o sea 70% de la población aproximadamente, no estarían en zona de gasto catastrófico, salvo que una enfermedad requiera de un tratamiento con gastos superiores al promedio.

En este sentido, los dos primeros deciles más bajos del ingreso y buena parte de los grupos más próximos a éstos que se encuentren en el tercero sí están en posibilidad de incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud (aunque más bien viven constantemente con gastos catastróficos), pero sólo en el caso de actualización de la hipótesis, es decir, la presencia de la enfermedad cuya aparición y permanencia depende más de las condiciones de salud de la población que de una pretendida cultura de prepago por un paquete de servicios limitado circunscrito principalmente en la atención de padecimientos de bajo costo centrado en la prevención.

Dichas condiciones de salud se traducen en formas de vida concretas tanto en su dimensión material como cultural, tales como el ambiente físico, la disposición para el individuo de bienes y servicios como el agua potable, los servicios sanitarios, los materiales con los que se construye la habitación donde vive y el número de personas que en ella habitan por ejemplo, así como sus hábitos de consumo, por lo que renunciar a la disposición y mejoramiento de las condiciones de salud en aras de un pretendido realismo financiero, llevaría a la política pública que con esos fundamentos se diseñara a actuar en una dimensión muy limitada de la salud: como un paliativo, sobre el que cabría evaluar todavía su alcance como tal.

Una crítica más al SP tiene que ver con la estructuración de sus fuentes de información, pues para el cálculo del ingreso estimado por decil que determinó el monto de las cuotas de afiliación (se refiere a las cifras contenidas en el cuadro 7.1), la SSA utilizó la ENIGH 2000, la cual

establece cinco rangos establecidos “de acuerdo al (sic) ingreso promedio mensual en el rango de salario mínimo equivalente y se dividieron en cinco” de tal manera que “no se mencionan los criterios que se determinaron para sacar las cantidades por décil”.⁹

Llama la atención la falta de determinación de los criterios que se utilizaron para calcular los ingresos promedio o en su defecto su no publicación, ya que representan la materia prima de la política pública, ello todavía más en momentos en que el gobierno se comprometió discursiva y formalmente con la transparencia de sus actividades (ver los planteamientos del Programa Nacional de Combate a la Corrupción y Fomento a la Transparencia y el Desarrollo Administrativo -PNCTDA- 2001-2006).

Otro escollo del planteamiento original del SP, es el hecho de que excluía de la prestación de servicios a los hijos mayores de edad, a diferencia del esquema de seguridad social en el que si éstos demuestran que estudian y dependen de los padres trabajadores, se les brinda atención médica sin costo adicional siempre dentro de la cobertura que tengan, hasta los 25 años. Mientras que en la primera etapa del tercer seguro público, a los mayores de 18 años se les cobraba la cuota de afiliación como si fueran una familia, incluso se les denominó familia nuclear.

Este punto se erigió desde luego en una barrera más para la afiliación universal que pretendía el SP, pues como los mercados de trabajo son cada vez más demandantes, exigen un mayor número de años de escolaridad, de tal manera que los individuos mayores de edad que estudiaran para acceder a mejores oportunidades quedaban excluidos de los servicios básicos de salud. Lo cual demostraba de paso que no

⁹ Gordillo Resendiz, Lidia y Mora Pérez, Dulce. *Op. cit.*, pp. 95-96.

obstante la pretensión de la política pública de construir un sistema de salud más equitativo, mantenía un trato diferenciado para sujetos a quienes formalmente considera como ciudadanos iguales.

Una crítica más se ubica en los criterios con los que se seleccionaron las localidades en donde inicialmente se implementó el seguro popular, pues

... no se destinó la aplicación del Programa adecuadamente a los estados en donde este podría traer mayor beneficio a la población, ya que si tomamos en cuenta los criterios que se refieren a la cobertura como son “Existencia de capacidad para ofrecer los servicios” Aguascalientes y Colima, se encuentran por debajo de las consultas diarias que se dan en Chiapas, además en el criterio de “Mayor incidencia y prevalencia de enfermedades”, muestra que Chiapas rebasa el nivel de mortalidad infantil (...) y referente al criterio de “Existencia de grupos beneficiarios de programas sociales del gobierno federal”, encontramos grupos como los de la tercera edad e infantil que pueden ser beneficiarios de estos programas, ya que Chiapas también rebasa el porcentaje de población en adultos mayores e infantiles, en comparación a los estados beneficiados con el programa.¹⁰

Si bien el hecho anterior demuestra que en el plano ético pudiera no ser correcta la delimitación geográfica para la implementación del SP, las razones de tal elección tienen que ver con que los criterios técnicos predominaron en el diseño e implementación de la política pública: lo que se buscaba era darle una base al SP para que permaneciera. Al respecto, el coordinador del programa en esta etapa, actuario Héctor Hernández Llamas señala:

...la estrategia fue empezar donde estábamos mejor. No nos íbamos a ir a donde estuviera saturado, o si era un hospital de 1939 para la Segunda Guerra Mundial en Manzanillo, pues no nos íbamos a meter, se nos caía encima.

¹⁰ *Ibidem*, p. 99.

El planteamiento, reseña Mauricio Ortiz, entrevistador de dicho personaje era

... arrancar el programa piloto en cinco estados de la República, con la meta de afiliar alrededor de 60 000 familias para fines del año 2002. Los estados se eligieron a partir de diversos criterios. Dos de ellos: Aguascalientes y Colima por el tamaño reducido de la población no derechohabiente en esas entidades, con la aspiración de alcanzar la cobertura universal en corto plazo. Campeche por ser una entidad pobre con fuerte presencia de población indígena y la necesidad de mucha atención en el medio rural. Los dos restantes habían sido inicialmente Morelos y Baja California Sur, bajo el criterio de abordar una población manejable desde el punto de vista cuantitativo, pero diversos factores obligaron a sustituirlos por Jalisco y Tabasco, entidades con sistemas de salud de vanguardia en el país y con líderes destacados en la prestación de servicios.¹¹

Pero a las razones técnicas para la sustentabilidad de la política pública hay que agregar el cálculo electoral. En este sentido, Gordillo y Mora encuentran que en los municipios elegidos para la implementación inicial del seguro popular, el Partido Acción Nacional mostraba avance en las elecciones municipales.¹²

Como se puede ver, los criterios para la selección de los beneficiarios del SP no fueron sus necesidades si no la fría factibilidad de la política pública aunada a razones estrictamente electorales. Quizá pensarían sus hacedores que el fin justifica la elección de los medios.

Una reflexión relacionada directamente con esta crítica tiene que ver con la naturaleza de esta etapa del SP. A decir de Julio FrenK Mora, su principal impulsor, se trató de una prueba piloto.¹³ La pregunta que surge

¹¹ Ortiz, Mauricio. *Op. cit.*, pp. 45, 42.

¹² Gordillo Resendiz, Lidia y Mora Pérez, Dulce. *Op. cit.*, pp. 128-129.

¹³ Ortiz, Mauricio. *Op. cit.*, pp. 43-44.

es ¿Por qué no se planteó explícitamente como tal en los documentos que le dieron vida, como el PNS 2001-2006 o el Acuerdo que dio a conocer sus reglas de operación?

De lo que sí hay evidencia al respecto es de una maduración del planteamiento en cuyo proceso se bosquejaban alternativas y para el cual todavía se buscaban opciones para su implementación en el 2001, al respecto recuerda Frenk Mora:

Empezamos por el IMSS porque la opción que teníamos, incluso todavía en el Programa Nacional de Salud, era montarlo sobre el Seguro de Salud para la Familia, que ya estaba contemplado en la Ley del IMSS. Se concluyó con el director del IMSS que no era una buena idea.¹⁴

En este largo proceso, cuyos orígenes remite el ahora ex secretario de salud a su época de estudiante en la Facultad de Medicina de la UNAM en 1976¹⁵, existe un referente que permite vislumbrar la dimensión del SP dentro de la reforma del sistema de salud mexicano, así como respecto de su desarrollo como política pública.

En ocasión del Simposio titulado “La Reforma de Salud en México”, celebrado el 18 de abril de 2001 en la Ciudad de México, Julio Frenk en su papel de secretario de salud de la administración federal sostuvo la pertinencia y necesidad de dos postulados para enfrentar los retos establecidos en el PNS 2001-2006, mismos que permitirían alcanzar sus propósitos : 1) una reforma hacendaría que permitiera generar más dinero

¹⁴ El seguro popular de salud es un instrumento de justicia social. Entrevista con Frenk Mora [pp. 15-23] en: Instituto Nacional de Salud Pública. *Seguro Popular de Salud. Siete Perspectivas*. México, primera edición, 2005, p. 17. De acuerdo con Asa Cristina Laurell (2001) *Op. cit.*, p. 85, el seguro de salud para la familia fracasó –logró afiliarse solamente 575 mil personas- porque cobraba -\$2,700 pesos anuales- y debido a que el gobierno no lo publicitó con el fin de controlar su costo fiscal.

¹⁵ Instituto Nacional de Salud Pública (2005). *Op. cit.*, p. 15.

para la salud y, 2) una reforma estructural en salud cuyo lineamiento central era hacer rentables los servicios de salud. Según el funcionario no era suficiente tener más dinero para la salud, sino que se requería generar más salud por el dinero.¹⁶

En el mismo evento, el entonces ex secretario de salud quien se desempeñó como tal durante la administración de Miguel de la Madrid, Guillermo Soberón Acevedo, aludió a una propuesta elaborada por Julio Frenk en 1994, en la que estableció una serie de estrategias para continuar con la reforma del sistema de salud en México y la cual posteriormente se plasmaría en el “Informe sobre la Salud en el Mundo 2002” de la OMS (organismo en el que Frenk Mora ocupó un cargo directivo entre 1998 y 2000) como objetivos para la conformación de los sistemas de salud en el mundo.¹⁷

Las estrategias planteadas desde aquel entonces fueron:

1. Establecer un Seguro Nacional de Salud
2. Separar el financiamiento de la prestación de los servicios de salud
3. Apertura del sistema de salud a partir de la inclusión de múltiples organizaciones para la prestación de los servicios
4. Incentivar la participación del sector privado en el sistema

¹⁶ Frenk, Mora, Julio José. Desempeño del sistema nacional de salud [pp. 421-424]. En: *Simposio “La reforma de salud en México”*. México, FUNSALUD, Gaceta Médica, Vol. 137, número 5, año 2001, pp. 422-423.

¹⁷ Soberón Acevedo, Guillermo. *La participación del sector privado*. En: *Ibidem*, pp. 437-442. Este autor se manifiesta por una mayor participación del sector privado en el sistema nacional de salud, pero con una visión social y señala que las condiciones para que ello suceda están dadas. Sostiene [p. 437] que “en México el sector privado siempre ha tenido una importante presencia en el Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, es hasta hoy que enfrenta la oportunidad de combinar una mayor eficiencia con una mayor conciencia social”.

5. Crear un Fondo de Salud Pública.

Destaca el primer planteamiento debido a que se erige como antecedente directo del seguro popular, pues entre sus características se proyectaba:

- En una primera etapa operaría solo con la población no derechohabiente de la seguridad social. Su población objetivo sería la urbana con capacidad de pago
- Subsidiar total o parcialmente y de manera exclusiva y focalizada a las personas de más bajos recursos
- Aumentar el paquete básico de servicios de salud
- Hacer que los seguros privados sean complementarios a la atención médica básica de carácter público y,
- Aplicar los recursos de manera descentralizada.¹⁸

La reforma integral del sistema de salud que propuso un grupo de investigadores dirigido por Julio Frenk en 1994, se estableció como una alternativa que debía ser discutida; en sus propias palabras era la opción más adelantada al ubicarse como una mezcla que retomaba lo mejor de las otras dos (un sistema público único ó uno privado-atomizado) para enfrentar los siete obstáculos que impedían el desempeño óptimo del sistema nacional de salud: tres que se manifiestan en la relación entre el sistema y la población como son inseguridad, inequidad e insatisfacción y los cuatro restantes en el interior del propio sistema, siendo éstos ineficiencia, calidad inadecuada, inflación e insuficiencias.

Para llevar a cabo la reforma se propusieron tres etapas, con la acotación de que no describen un orden secuencial fatal. Cada una

¹⁸ *Ibidem*, p. 438.

conllevaría beneficios y se podía comenzar con cualquiera de acuerdo con las coyunturas políticas que les favorecieran. Las etapas, que culminan con la apertura del sistema de salud a los agentes privados para que estos participen en la administración de los fondos públicos de servicios clínicos y la prestación de servicios de salud son:

- I. Fortalecimiento interno y federalización de las instituciones públicas.
- II. Apertura inicial de las instituciones públicas y preparación de las organizaciones privadas.
- III. Ampliación del pluralismo y libertad de elección.¹⁹

Es en la primera fase donde comienzan a separarse las funciones de financiamiento y de prestación de servicios dentro de cada institución pública (IMSS, SSA e ISSSTE), apartando también los fondos de los seguros de salud de los destinados a las pensiones; paralelamente, aquí se establece un seguro nacional de salud para la población no asegurada con el cobro de primas subsidiadas y progresivas de acuerdo con el ingreso familiar.

Asimismo se busca concluir la descentralización de los servicios de salud por los que cada estado recibiría un pago y asistencia técnica para el

¹⁹ Frenk Mora, Julio José y otros (1994). *Op. Cit.*, pp. 309 y ss. En palabras del propio Frenk: “El Seguro Popular no es un programa más de salud, sino un vehículo financiero para fortalecer la calidad de los servicios médicos dentro de las reformas estructurales al sector”. Ver a este respecto Leal Fernández, Gustavo (2008). *Op. cit.*, p. 92.

La lógica del avance del proceso de reforma frente a su oportunidad o pertinencia política se da en los siguientes términos según Frenk: “Más que buscar un consenso total desde un principio o tratar de ejecutar simultáneamente todas las acciones que requiere una reforma sistémica, parecería que las probabilidades de éxito se incrementan en la medida en que se adopten estrategias que identifiquen conjuntos de intervenciones coherentes que ataquen los cuellos de botella más críticos en el sistema”. Esta última cita en: Frenk Mora, Julio José y Londoño; Juan Luis. *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo, oficina del economista jefe, documento de trabajo 353, p. 28.

manejo del financiamiento, además se pretende dar mayor autonomía a los hospitales así como a las múltiples unidades de cada institución en el plano gerencial, de entre las cuales podría elegir el derechohabiente (sólo de la institución a la que pertenezca) abriendo así limitadamente la libertad de elección.

De esta manera, queda claro que el seguro popular es parte de un proyecto más ambicioso que busca reformar sustancial y calculadamente el sistema de salud mexicano.

Como punto de paso de la reforma y dentro de un enfoque sistémico en el que cada elemento afecta a los demás, su implementación prepara el camino hacia la constitución de un mercado de la salud donde los servicios en este rubro son visualizados no sólo como un factor de bienestar social sino como un sector creciente de la economía que representa una oportunidad de negocio (hay que pensar en la cultura de prepago que pretende institucionalizar el seguro popular y la participación de las empresas privadas en las redes de prestadores de servicios). Con la acotación de que en esta visión subyace latente una tensión entre la equidad y la rentabilidad debido a los altos niveles de pobreza y desigualdad verificados en el país.

Una crítica más al SP tiene que ver con la cobertura tan limitada en servicios de salud con la que operó en esta etapa. Dicha observación se dirige en dos sentidos; por un lado se aduce que incluye servicios como los de inmunización y vacunas, los cuales ya eran gratuitos en el esquema asistencialista de la atención a la salud, mientras que por otra parte se apunta que en virtud de esa limitación excluía el cuidado de enfermedades con una clara ascendencia en cuanto a su incidencia tanto en el número de sus casos como en su relevancia en tanto causas de muerte, entre las

cuales destacan el sida, el cáncer, la leucemia y las enfermedades crónicas en general.

Asimismo, se plantea como otro escollo de la política pública la carencia de un planteamiento serio que la vinculara con la construcción de infraestructura por un lado y con una política de administración del personal para la salud que soportara más realistamente su pretensión de cobertura universal para el año 2006.

Dicho obstáculo se erige desde entonces en una de las fallas más serias del SP. Un acercamiento a la dimensión del mismo se entiende si se toma en cuenta que en 1997 el 36.34% de la población en México "podría contar con asistencia, según la infraestructura disponible" de acuerdo con los "datos de población y cobertura del sistema de salud, facilitados por el Departamentos de Estudios Sociales de Banamex".²⁰

Sin embargo, un análisis más minucioso señala que si bien el SNS sólo cuenta con 37% del personal paramédico requerido, la "cobertura reportada" es del 105%, si se toma en cuenta al número de personas que tienen derecho a los servicios dentro del esquema de seguridad social (56%) más la cobertura potencial que se puede brindar a la población abierta (49%) con los recursos con los que cuenta el sistema para el primer nivel de atención, cuyas cifras por la imprecisión y generalidad en que se expresan no corresponden a la realidad.²¹

²⁰ Citado por Ruiz Delgado, Jorge. *Estado y salud en México: el seguro popular de salud en el estado de Morelos: análisis y perspectivas*. México: El autor, 2003, Tesis de Licenciatura (Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública)-UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, p. 34.

²¹ Las definiciones y cifras en sus tres dimensiones se encuentran en: Laurell, Asa Cristina (1996). *Op. cit.*, pp. 19-42.

En este mismo sentido se pronunciaron (pp. 161-162) los hacedores e impulsores del seguro popular en México, aunque en contrasentido de sus propias afirmaciones posteriores que aclaman el éxito de dicha política pública por la cobertura alcanzada y como derivación de ello de su aportación al derecho a la protección de la salud y a la justicia social: "La desigualdad más importante que afecta al sistema de

Por lo anterior, se utiliza una segunda medida denominada "cobertura hipotética en función de los recursos" la que se define como la capacidad para cubrir a la población con los recursos existentes y que arroja resultados diferenciados tanto por estados como por recursos: seis estados cuentan con cobertura hipotética completa (Baja California Sur, Coahuila, El Estado de México y el D.F. unidos en lo que llama Metropolmex, Nuevo León y Yucatán), mientras que Chiapas se ubica en el último lugar con menos del 75% de cobertura para todos los recursos, seguida por Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Zacatecas con menos del 75% de cobertura hipotética en camas y recursos humanos, donde el principal déficit en cuanto a recursos para todo el SNS se verifica en el rubro camas.

Pero como la presencia de los recursos no garantiza que el servicio se realice porque deben combinarse de cierta manera, lo cual permite identificar el "recurso crítico" que es aquel en cuya ausencia no se puede brindar la atención a pesar de la existencia de los otros recursos (por ejemplo para brindar una consulta el recurso crítico es el médico y no el consultorio mientras para la hospitalización lo serán las camas), se utiliza una tercera medida denominada "cobertura real" que se define como aquella que se calcula a partir de los servicios prestados.

Para la consulta, dentro de este parámetro se alcanza el 68.20% mientras que en la hospitalización general se cuenta con una cobertura real del 66.10%, pero si a éste último rubro se le suma la hospitalización especializada se desciende al 52.10% y finalmente en cuanto a la intervenciones quirúrgicas se cuenta con una sobrecobertura global que alcanza un 175.70%.

salud ya no se da en la cobertura, sino en la calidad de los servicios que reciben los diferentes grupos sociales". Ver: Frenk Mora, Julio José y otros (1994). *Op. cit.*, p. 271.

El personal médico (identificado como recurso crítico) resulta insuficiente para la atención de servicios de salud a la totalidad de los mexicanos, pues si en los inicios de 2006 la población total alcanzaba los 104 millones, el personal médico registrado en 2005 (con inclusión del personal que tiene contacto directo con el paciente), junto con los médicos (que incluía médicos generales, especialistas -con exclusión de los odontólogos- más los galenos en adiestramiento sumaban de acuerdo con la SSA²², la cifra de 134, 157. Si se saca el cociente respectivo, se encuentra que se dispone de uno de los especialistas descritos (no sólo médicos) por cada 775.21 habitantes.

Pero con base en la misma fuente de información se observa una fuerte concentración en las principales urbes del país; de dicho personal 14.6% se encontraba en el Distrito Federal, 8 % en el Estado de México, 6.64% en Jalisco, 6.16% en Veracruz, 4.16% en Puebla y 4% en Nuevo León. Ello quiere decir que en tan sólo 6 de las 32 entidades federativas se concentran 43.56% de los especialistas, donde destaca el hecho de que en el año 2000, dos de esos estados (D.F. y Nuevo León) ocuparon el 1º y 2º lugares respectivamente como las entidades con más alto índice de desarrollo humano (IDH) en el país, de acuerdo con el CONAPO.

Mientras que los estados con más baja calificación en cuanto al IDH en el año 2000 fueron Chiapas y Oaxaca respectivamente, los cuales ocuparon en 2007 los lugares 1º y 2º como las entidades con los más altos índices de marginación con 75.7% y 70.2% de su población viviendo en condiciones de pobreza respectivamente, y que contaban con apenas 2.6% y 2.7% de especialistas dedicados a la atención de la salud en 2006.

²² Secretaría de Salud. *Boletín de Información Estadística de la SSA, "Recursos físicos, materiales y humanos"*. Volumen I. Núm. 23, 24 y 25. México, 2006.

En conclusión, la pretensión del SP de lograr la cobertura universal para el año 2006, permite vislumbrar deficiencias en el diseño de dicha política pública para tal cometido, pues si se comparan sus objetivos y sus planteamientos para alcanzarlos con los puntos problemáticos que desde luego le opuso la realidad, entendida ésta última como las carencias y los problemas verificados en materia de salud en el país, se puede comprender con facilidad porque no se logró la meta aludida.

4.3 *El Sistema de Protección Social en Salud. De la reformulación del Seguro Popular y su reafirmación como programa asistencialista.*

En materia de política social como en otras en donde las políticas públicas operan como instrumentos de gobierno, los grandes objetivos suelen chocar con las necesidades reales de la población. Para alcanzarlos es necesario concebir, implementar y dar seguimiento a una serie de etapas que se concatenan entre sí para dar los resultados esperados. Ello implica trabajo, recursos así como talento y voluntad política.

Si como se evidenció en el apartado anterior, las necesidades y rezagos en materia de salud operaron en contra de la meta del seguro popular en su primera etapa, ante tal contrariedad sus hacedores buscaron replantearlo en su significado y dimensión así como en algunos aspectos que le eran característicos con el fin de hacerlo embonar en el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

Dicho sistema pretende unidad en la diversidad (pluralismo estructurado)²³ dentro de la atención de los servicios de salud para la población abierta, a partir de la estructuración de un conjunto de relaciones dentro del sector público de la salud principalmente, pero con una clara tendencia a abrirlo hacia los particulares considerados como prestadores de servicios.²⁴ Lo anterior a través del establecimiento de una serie de incentivos (neoinstitucionalismo) que lleve a los actores a participar en el mismo con la perspectiva puesta no solamente en sus intereses individuales.

²³ Llama la atención que en una revisión de los sistemas de salud de los países más ricos del mundo, desde la perspectiva de la relación entre economía y salud, se denomine al sistema estadounidense “El pluralismo americano” (Le pluralisme américain), donde el 54% de los habitantes de los EE.UU. cuentan con servicios de salud mediante contratos privados de empresa (contratación colectiva del seguro establecida por el lugar de trabajo con empresas privadas), 9% están asegurados por empresas privadas mediante contrato individual, mientras que 11% está protegido por un programa público denominado Medicaid financiado a partes iguales por federación y estados y que cubre a los pobres y a los ancianos que requieren de tratamientos de larga duración, en tanto que 12% queda cubierto también por un programa público llamado Medicare de financiamiento federal y que cubre 60 días de hospitalización pero si requiere cuidados o tratamientos adicionales (“soins de ville”) éstos se pagarán por el requirente bajo el sistema de cuentas individuales además de que las diferencias en el costo de los servicios que rebasen el tope de Medicare se pagarán bajo el esquema del aseguramiento privado vía un seguro llamado Medigap. El restante 14% carecen de cualquier protección.

La información se encuentra en: Majnoni d’Intignano Béatrice (colaboration de Phillippe Ulmann). *Économie de la santé*. France, imprimerie des presses universitaires de France, 2001, pp. 111-114. A finales de 2009 el poder ejecutivo de aquel país pretende reformar su sistema nacional de salud para superar sus contradicciones, ante lo cual se presenció una fuerte oposición por parte de las aseguradoras privadas a través de sus representantes gubernamentales en las cámaras encargadas de legislar.

²⁴ La participación de los establecimientos privados que prestan servicios de salud se prevé en los artículos 13 y 16 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud de fecha 5 de abril de 2004, donde se habla de la posibilidad de que los servicios estatales de salud presten de “manera indirecta” los servicios de salud “a través de las instituciones del sistema nacional de salud” al que pertenecen dichos establecimientos. Los términos en los que se pueden contratar los servicios se estipulan con los particulares pero se tiene como marco de referencia el convenio general de colaboración interinstitucional en materia de prestación de servicios de salud suscrito el 14 de marzo de 2003, celebrado entre la SSA, el IMSS y el ISSSTE, en cuya consideración número 7 establece, no de manera clara, la aplicación de sus términos para la contratación de servicios particulares pagaderos con los recursos públicos otorgados al SPSS. Asimismo, hay que ver el esquema de contratación de servicios propuesto dentro del SPSS como parte de la construcción de redes de prestadores de servicios del sistema, en: Secretaría de Salud [Unidad de análisis económico, Coordinación de la obra: Eduardo González Pier, Mariana Barraza Lloréis, Cristina Gutiérrez Delgado y Armando Vargas Palacios]. *Sistema de protección social en salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México, coedición Secretaría de Salud-Fundación Mexicana para la Salud-Instituto Nacional de Salud Pública-Fondo de Cultura Económica, segunda edición, 2006, p. 95.

Dentro del proceso más amplio de reforma del sistema de salud, el SPSS fomentó desde sus inicios el cobro de cuotas regulares y adelantadas como derivación de lo que llamó la corresponsabilidad de ciudadanos y gobierno en materia de atención a la salud con la exención de los más pobres de los pobres de acuerdo con los cánones de la política social contemporánea a nivel global, ello con el objeto de habilitar a esos grupos para que no queden marginados del mercado y con la mira puesta en la estabilidad del orden de cosas.

Esta posición claramente asistencialista de la política pública, entendida como el cuidado de los grupos más necesitados sin atender las raíces que originan su situación, se ve reforzada por la falta de una estrategia sólida que se oriente a mejorar las condiciones de salud de los habitantes, así como por la ausencia de una política que busque fincar las bases de un sistema de salud más equitativo a través de infraestructura suficiente y funcional así como de personal calificado bien distribuido de acuerdo con las necesidades de la población, lo cual acentuó su carácter como tal, agravado esta vez por la refuncionalización de la política social como marco en el que se definió y desarrolla el SP.

4.3.1 *Tres visiones acerca de los logros y avances de la primera etapa del Seguro Popular*

De acuerdo con Julio Frenk Mora, el SP en su primera etapa, comprendida entre 2001 y 2002 fue un éxito, por ello daba tanto los elementos como las evidencias suficientes y necesarias para presentar la iniciativa de reforma a la LGS con el objeto de formalizarla dotándola así de fuerza normativa. En sus propias palabras:

Estábamos conscientes de que esto era algo revolucionario. (...) Podíamos haber esperado a reformar la ley y posteriormente empezar con la instrumentación del proyecto. De manera muy consciente yo dije no, vamos a empezar primero; porque esto es tan novedoso que si no hay alguna experiencia que documente que se puede hacer, la gente va a decir: esto es una idea muy buena pero no se puede hacer, no es factible en México. Hay mil razones para decir que no se puede: que hay mucha gente pobre, que hay mucha dispersión rural, que no hay suficiente presupuesto, que los secretarios de los estados no le hacen caso al secretario federal; se puede inventar cualquier número de excusas. Entonces necesitábamos tener al menos una razón de por qué sí, y la forma más persuasiva era señalando con hechos que estaba funcionando.²⁵

Así las cosas, los hacedores de la política pública veían despejado el camino para que a partir del SP se construyera un sistema más amplio, complejo y ambicioso que a la postre sería denominado Sistema de Protección Social en Salud.

Sin embargo, los funcionarios a quienes correspondía la delicada responsabilidad de dirigir y responder por la operación cotidiana del SP, no compartían del todo esa visión halagüeña por lo que lanzaron dos razones de peso (que no de pesos) a las cuales el secretario de salud calificaba como excusas.

²⁵ Ortiz, Mauricio. *Op. cit.*, p. 43. Según el propio ex secretario, desde el inicio de su gestión en 2001 y durante dos años y medio se trabajó arduamente para alcanzar la cristalización del SP en la LGS bajo la forma del SPSS [p. 40]. Para ello contó con un grupo de trabajo entre quienes se encontraban Felicia Knaul, Ruelas, González Pier, Octavio Gómez Dantés, Miguel Ángel Lezana, Mauricio Bailón, Mariana Barraza, Fernando Chacón, Hector Hernández Llamas, María Eugenia de León, Rafael Lozano, Gonzalo Moctezuma, Cuauhtémoc Ruiz Matus, Carlos Santos Burgoa y Roberto Tapia.

Asimismo, las aspiraciones personales y profesionales de Frenk Mora operaban a favor de la implementación del SP en todo el país, pues en 2006 se enroló en la búsqueda de la dirección general de la Organización Mundial de la Salud, para lo cual promovía su campaña “resaltando la experiencia política, técnica y administrativa que ha obtenido durante los casi seis años que ha fungido como titular de la Secretaría de Salud de México, así como la “ambiciosa reforma” para ofrecer un seguro público de salud, con acceso a servicios de calidad y protección financiera para 50 millones de mexicanos, pobres en su mayoría y excluidos de la seguridad social”. No hay que olvidar que esa fue la segunda ocasión en que el Dr. Frenk buscó ese puesto, pues en 2004 también llegó como candidato finalista pero no lo logró -como finalmente ocurriría también en 2006-. Al respecto ver: Nuñez, Kyra “Experiencia en la Ssa y Seguro Popular, cartas de Frenk en campaña por la OMS”. México, diario la jornada, sección sociedad y justicia, 18.10.2006, p. 50.

En julio de 2003 los secretarios de salud de cuatro entidades federativas (Tamaulipas, Colima, Campeche y Jalisco; como se puede ver las tres últimas son algunas en las que inicialmente se implementó el SP) señalaron que los mayores retos para el éxito del Seguro Popular de Salud eran el desabasto de medicamentos en las instituciones de salud pública junto con la falta de infraestructura. Dichos funcionarios se reunieron para discutir y compartir sus experiencias en torno a la implementación del SP en sus respectivas entidades y encontraron que los rezagos en materia de salud habían impedido que el seguro cumpliera con sus objetivos.²⁶

En términos generales, para el año 2002 el SP había logrado afiliar a 295 513 familias, lo que representaba aproximadamente 1.5 millones de afiliados (es decir 5 integrantes en promedio por familia) e instaurarse en 20 estados de la República.²⁷ Con estas cifras y la ayuda de una proyección bastante optimista, si el seguro hubiera seguido operando bajo el mismo esquema y duplicado el número de afiliados progresivamente en cada año, habría alcanzado 3 millones en 2003, 6 al siguiente año, 12 en 2005 para finalmente alcanzar la cifra de 24 millones de personas afiliadas en el año 2006, lo cual representaba poco menos de la mitad de la población a la que originalmente se planteó llegar como meta en ese último año.

Con dichos escenarios y frente a buena parte de las críticas que ya se analizaron en su momento, se replantearon las características del SP el cual quedó integrado, aunque como su eje principal, en el SPSS. Con este replanteamiento salen a relucir las pretensiones de "reingeniería" o "nueva

²⁶ <http://www.cimacnoticias.com/noticias/03jul/03072404.html>. Citado por Gordillo, Lidia y Mora, Dulce. *Op. cit.*, p. 111.

²⁷ Ver en el "Informe de rendición de cuentas de la administración 2000-2006", el apartado correspondiente a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, p. 32 de la página web de la Secretaría de la Función Pública, Así como Ortiz, Mauricio. *Op. cit.*, p. 43.

arquitectura” financiera que se pretendía implementar para el sistema nacional de salud; proceso, éste último, que deriva y se empata con el más extenso de la reforma al sector salud proveniente de 20 años atrás, el cual se estructuró y desarrolló desde entonces con múltiples pausas.

La experiencia del seguro popular de salud como materia prima para la conformación del SPSS se aborda en lo que se puede considerar una tercera visión, más ecuánime que la de sus hacedores pero más optimista que la de los secretarios de salud a nivel local. Esa perspectiva se asimila, sin embargo, a las dos anteriores en la medida que también es elaborada por funcionarios gubernamentales ocupados en temas de salud. Al respecto, la unidad de análisis económico de la SSA, para cuyos integrantes el SP es una antecedente del sistema, ubica las lecciones del denominado seguro popular para la salud:

- Se identificaron problemas operativos que permitieron afinar los procesos de afiliación y financiamiento;
- la definición explícita de intervenciones (CABEME) financiadas por el Seguro Popular permitió tener un marco de referencia nacional para estimar el costo del nuevo Catálogo (CAUSES), con el cual se pudieron hacer proyecciones, escenarios financieros y análisis comparativos con las secretarías de salud estatales para la toma de decisiones;
- se identificaron intervenciones que representaban una carga importante de la enfermedad en determinadas regiones y se incorporarían gradualmente al CAUSES para garantizar su oferta oportuna y de calidad;
- también permitió tener un marco de referencia para aumentar la cobertura geográfica identificando las unidades de salud que tuvieran la capacidad de oferta de las intervenciones del CAUSES;
- se identificó el abasto oportuno de medicamentos como un componente fundamental para mejorar la calidad de la atención y responder a las demandas legítimas de los usuarios de los servicios;
- se definieron los niveles y montos de las cuotas familiares con base en la disposición a pagar mostrada por las familias participantes así como en la capacidad de pago de las familias.²⁸

²⁸ González Pier, Eduardo y otros-Secretaría de Salud [Unidad de análisis económico]. *Op. cit.*, p. 31.

Así pues, frente a la perspectiva de su falta de eficacia para lograr la meta de alcanzar la cobertura universal en el año 2006, pero instaurado ya en veinte de las treinta y dos entidades federativas de la República, con avance en cuanto a la experiencia de su diseño e implementación y con la convicción firme de continuar con la reforma de la atención a la salud en México dando prioridad en esta ocasión a su aspecto financiero, se estructuró el SPSS.

4.3.2 El Sistema de Protección Social en Salud

El día 12 de noviembre de 2002 el Ejecutivo Federal envió al Senado de la República²⁹ la iniciativa de reforma a la LGS, con el objeto de establecer en dicho ordenamiento las bases para la organización, operación y el financiamiento del SPSS. El proyecto fue aprobado en lo sustantivo sin modificaciones, tan sólo con breves observaciones, pues los

(...) "más de 100 cambios" que según los senadores realizaron al proyecto enviado originalmente por el Poder Ejecutivo se circunscriben a algunas palabras, precisiones sobre la supuesta gratuidad y universalidad de los servicios, así como mecanismos de vigilancia y supervisión sobre la operación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). En el fondo prevalece la propuesta del gobierno foxista para institucionalizar el seguro

²⁹ Se eligió esa cámara legislativa en virtud de que la reforma tenía ahí mayores posibilidades de cristalizar, pues el PAN (46 escaños) y el PRI (60 lugares) tenían mayoría (la cámara se compone de 128 senadores), asimismo tanto el presidente de la mesa directiva (Diego Fernández de Cevallos) como el de la comisión de hacienda (Fauzi Hamdan) fueron postulados por el PAN, además de que éste último tenía relaciones de amistad con González Pier, quien era un miembro prominente del grupo de Frenk. En el senado la iniciativa fue apoyada, también, por el priísta Fidel Herrera Beltrán, entonces presidente de la comisión de estudios legislativos. Por parte de los senadores del PRD, fue impulsada por Demetrio Sodí quien fungía como secretario de la comisión de hacienda y crédito público y que posteriormente sería expulsado del partido para competir con las siglas del PAN por la jefatura de gobierno del D.F., en 2006. La iniciativa fue rechazada por Miguel Elías Moreno Brizuela, senador postulado por el PRD y presidente de la comisión de salud y seguridad social. A las tres comisiones mencionadas (hacienda, estudios legislativos y salud) fue a las que por materia correspondió su análisis para posterior discusión en el pleno.

popular de salud y establecer un "nuevo" sistema de financiamiento del sector.³⁰

El día 24 de abril de 2003 se aprobó la iniciativa en el senado de la República con 83 votos a favor y 7 en contra, lo cual implicó el apoyo del 100% de la fracción del PRI, el 100% del PAN, el 100% del Partido Verde Ecologista, y la mitad de la bancada del PRD con la estimación de las ausencias. La minuta fue turnada a la cámara de diputados en donde se agendó su discusión para el día 29 de abril. Debido a que el periodo de sesiones se cerraría al día siguiente, cualquier observación hubiera pospuesto la reforma y puesto en predicamento su cristalización.

Con discusión y debate en torno a los recursos necesarios para que la reforma aterrizará, su trasfondo electoral así como de técnica jurídica respecto de la denominación de los beneficiarios, se aprobó la reforma (con 303 votos a favor, entre ellos los 187 del PAN y 102 del PRI, partido que votó dividido; 101 en contra por parte del PRD, PT y un grupo del PRI, además de 10 abstenciones). Desde entonces quedó firme legalmente, dado que era una iniciativa proveniente del ejecutivo federal y por ello no se preveía ningún veto.

El nuevo cuerpo normativo contempló la reforma del artículo 3º de la LGS, con el objeto de incluir en su fracción II bis a la protección social como materia de salubridad general, lo cual significa en términos de dicho ordenamiento y de las normas constitucionales en la materia (supra., pp. 133-134) que sólo la federación puede legislar sobre el particular con la participación que corresponde al ejecutivo federal, aunque en la ley se

³⁰ Cruz, Ángeles y Becerril, Andrea. "López Obrador interpondría una controversia constitucional si es aprobada la ley de salud". México, versión electrónica del diario la jornada, sección sociedad y justicia, 27.03.2003.

pueden acordar los términos para que legisle concurrentemente con las autoridades locales.

El SPSS se establece dentro de la LGS en el título tercero bis, denominado "De la Protección Social en Salud". De entrada, en el artículo 77 bis 1 señala como derivación del 4º constitucional el derecho de todos los mexicanos a acceder a dicho sistema; en seguida define la protección social como

un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

Como se puede ver, el núcleo de la protección social es el sistema de prepago para acceder a la atención pública de servicios de salud a la par que se delimita su cobertura hasta el segundo nivel de atención pero de manera limitativa, con lo que no se obliga a prestar los servicios de alta especialidad.

Para la operación del SPSS, prevé en el artículo 77 bis 2 que este se compone por las acciones de protección social que lleven a cabo los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS).

Así entendida, la prestación de servicios de salud queda circunscrita para ser efectuada por los estados, mientras que a la federación

corresponde, de acuerdo con el artículo 77 bis 4: la regulación de los REPSS; la prestación de los servicios de alta especialidad; constituir, administrar y verificar el suministro puntual de la previsión presupuestal; transferir las aportaciones; elaborar y promover los acuerdo de coordinación con las entidades federativas; establecer las cuotas familiares, definir el marco organizacional del SPSS; diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para la evaluación de la capacidad de pago por parte de la familias; definir los requerimientos mínimos para la acreditación de los centros públicos prestadores de los servicios y evaluar el desempeño de los REPSS entre otras.

En este sentido la federación juega un papel de rector del SPSS, a través de la aportación de recursos, el diseño de los lineamientos de instrumentación del sistema, así como de las herramientas para dar seguimiento y evaluar tanto el desarrollo como el alcance del mismo.

Por su parte, a los estados compete en términos del mismo artículo y a través de los REPSS, la prestación de los servicios de salud; identificar e incorporar a los beneficiarios; realizar actividades de difusión y promoción, además de la programación de los recursos; recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares; llevar a cabo el seguimiento operativo además de proporcionar a la federación información acerca del ejercicio de los recursos.

En estos términos, la distribución de competencias entre federación y estados mantiene el mismo esquema o planteamiento del SP. Mientras que la primera aporta recursos, da seguimiento y evalúa, a las entidades federativas corresponde la parte operativa aunque también debe aportar una parte de los recursos financieros. En este marco, la ejecución del SPSS se lleva a cabo a través de acuerdos de coordinación entre las partes

(igual que en la primera etapa del SP), según puntualiza el artículo 77 bis 6 de la LGS.

Para la implementación del sistema se crearon dos organismos en el nivel federal: el Consejo Nacional de Protección Social en Salud (CONPSS) en su carácter de entidad coordinadora y de enlace con las entidades federativas, además de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) como órgano desconcentrado de la SSA responsable de los aspectos normativos y de instrumentación del Sistema a nivel federal.

En conjunción con los REPSS, que se estructurarían en los estados, estos son los organismos públicos encargados de dirigir y orientar las acciones en materia de protección social. Los REPSS se conciben como la unidad o instancia a nivel estatal responsable de la gestión del SPS. Es importante notar que para junio de 2006 los REPSS se habían estructurado solamente en 5 entidades federativas, bajo una figura jurídica diferenciada de los sistemas estatales de salud.

Por otra parte, en el SPSS se mantiene a la familia como unidad de protección (artículo 77 bis 4), compuesta por padres e hijos menores de edad, más los abuelos que sean mayores de 64 años, habiten en el hogar y dependan económicamente de los primeros, sin embargo se amplió el núcleo potencial de beneficiarios al estipular que los hijos mayores de 18 y hasta los 25 años dependientes que sean estudiantes, solteros o discapacitados quedarán asegurados como parte de la familia. De acuerdo con el artículo 77 bis 3 los beneficiarios no deberán ser derechohabientes de la seguridad social ni pertenecer a otro mecanismo de previsión social.

Antes de continuar con la descripción y análisis del SPSS, resulta necesario establecer con toda precisión cuál es papel que juega el SP

dentro del sistema, pues finalmente el seguro popular es el objeto de estudio de la presente investigación. Al respecto se tiene que

... si bien hubo cambios sustantivos, principalmente en la estructura de financiamiento, muchas de las características del programa piloto SPS se conservarán para la operación del SPSS con lo que se rescata su valor como fase inicial. Además, es importante enfatizar que el SPS es el instrumento operativo para la atención médica cubierta por el SPSS. El SPSS incluye también –de manera independiente al Seguro Popular– los servicios de salud a la comunidad. Finalmente, cabe mencionar que algunas características del SPS, especialmente el mecanismo de financiamiento, han cambiado para dar mayor sustento a la parte operativa de prestación de los servicios.³¹

De esta manera, queda claro que el SPSS es un sistema medianamente complejo del cual el seguro popular forma parte en interrelación e interdependencia con sus otros elementos componentes, como son la Comisión Nacional de Protección Social en Salud o el Fondo contra Gastos Catastróficos.

Una vez que se acotó el papel del SP dentro del sistema se posibilita su análisis, lo que implica en buena medida el del SPSS, si se toma en cuenta que más arriba ya se señalaron las principales características de su primera etapa y que como se dice en la cita precedente, buena parte de ellas se mantienen.

Mención expresa requiere la diferenciación que se hace en la base conceptual del sistema, pues determina su operación. Para este planteamiento los bienes de la salud se dividen en dos:³²

- o Bienes públicos, integrados a su vez por:

³¹ González Pier, Eduardo y otros-Secretaría de Salud [unidad de análisis económico]. *Op. cit.*, p. 30.

³² *Ibidem*, pp. 43-45.

- a) Rectoría del sistema de salud, compuesto por las actividades de regulación, información y evaluación, así como por las políticas públicas
 - b) Conocimientos resultado de la investigación y,
 - c) Servicios de salud a la comunidad entre los que se encuentran la vigilancia epidemiológica, los servicios ambientales, los servicios colectivos, la extensión comunitaria y la atención de desastres.
- o Servicios de salud a la persona (atención médica), que contemplan la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

A partir de esa distinción básica, establecerá reglas de financiamiento diferenciadas de acuerdo con la naturaleza económica de los mismos. Para esta concepción de los servicios para la atención de la salud y de la salud misma, los bienes públicos poseen una esencia distinta a la de los servicios para la persona en la medida que no se agotan cuando son consumidos por un individuo, a la vez que su consumo por parte de una persona no excluye a los demás de disfrutar del mismo. Además puntualiza que

Es posible considerar, como parte de los bienes públicos, aquellos servicios que, si bien se dirigen específicamente a las personas, generan una reducción externa de riesgos; es decir, cuando la prestación del servicio genera un beneficio no sólo para quien lo recibe, sino que el beneficio se extiende al resto de la población.³³

Los objetivos del SPSS son:

- a) Ordenar las asignaciones actuales de recursos

³³ *Ibidem*, p. 43.

-
- b) Corregir gradualmente los desequilibrios financieros y las inercias históricas
 - c) Transitar hacia una lógica de aseguramiento público para financiar la atención médica
 - d) Establecer la corresponsabilidad entre órdenes de gobierno y con la ciudadanía
 - e) Dar contenido efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales y unificar el esquema de protección social en salud.³⁴

Con lo dicho hasta aquí se puede observar que el SPSS va más allá del SP y mantiene dentro de su esquema los objetivos del segundo como un elemento o parte componente del sistema. Su pretensión es la unificación de los fondos para atender los servicios de salud para la población no derechohabiente de los esquemas de seguridad social, lo cual, de lograrse, establecería un sistema público de servicios de salud dividido en 32 partes, más grande incluso que el del IMSS.

Asimismo, en las metas de afiliación existe un replanteamiento. Si el SP inicialmente pretendía la cobertura universal para 2006, el SPSS ubicó dicha pretensión en 2010, con un avance progresivo anual de 14.3% a partir de 2003 hasta completar el total. En ese sentido se deberá asegurar esa proporción de familias de un total que el sistema estimaba en 11, 898, 254.

En cuanto al financiamiento el esquema bipartita original del SP tuvo cambios importantes; si en él las aportaciones eran realizadas de manera dual por la federación y la totalidad de los beneficiarios, se observa que en el planteamiento del SPSS se incluye a los estados como fuente de financiamiento y por otra se exenta a los dos deciles más bajos del ingreso con el establecimiento del régimen no contributivo.

³⁴ *Ibidem*, pp. 34-38.

Por lo que hace a la excusa para las familias, se tiene que el artículo 77 bis 26 de la LGS establece que el “nivel de ingreso o la carencia de éste, no podrán ser limitantes para el acceso al Sistema de Protección Social en Salud”. A partir de este principio y atento a las críticas formuladas al SP³⁵, se estableció posteriormente el régimen no contributivo en el artículo 127 del Reglamento de la LGS en la materia.

Por su origen reglamentario, el régimen no contributivo queda sujeto a lo que disponga el ejecutivo federal, pues la ley no precisa su instauración y como se puede leer en el artículo de éste último cuerpo normativo, únicamente señala un principio a partir del cual se puede exentar el pago de las cuotas familiares. La disposición reglamentaria señala:

Serán sujetos del régimen no contributivo aquellas familias ubicadas en los deciles I y II de la distribución de ingreso, conforme lo determine la Comisión en los lineamientos correspondientes.

Adicionalmente, se podrán considerar sujetos de incorporación al régimen no contributivo aquellas familias que cumplan cualquiera de los siguientes supuestos:

I. Ser beneficiarias de los programas de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal, residentes en localidades rurales;

³⁵ Aunque en la propuesta original de reforma integral del sistema de salud mexicano que en el año de 1994 elaboraron los hacedores del seguro popular ya se reconocía que del tercio de la población mexicana que veía frustrado su acceso a los servicios de salud, 43% se explicaba por barreras económicas (elevado costo de los servicios y los medicamentos, imposibilidad de dejar el trabajo o falta de ingreso); 42% se debió a barreras geográficas (lejanía o ausencia de servicios en la localidad) y 15% obedeció a barreras de tipo organizacional (falta de confianza por parte del paciente o deficiente percepción de calidad). Ello quiere decir que a principios de los años 90, el 14.33% de la población mexicana no podía acceder a los servicios de salud por razones económicas, cifra que coincide lógicamente con los dos deciles más bajos del ingreso a los que se exentó de cuotas en esta etapa del seguro popular. Ver: Frenk Mora, Julio José y otros (1994). *Op. cit.*, pp. 162-164.

Frente a este planteamiento cabe la puntualización de que, en su caso: “La eliminación de las barreras financieras a los servicios de salud no garantiza necesariamente su utilización, ya que pueden existir barreras geográficas, organizacionales, culturales, de clase y de género”. Ver: Gómez Dantés, Octavio; Gómez Jáuregui, Jesica e Inclán, Cristina. “La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud” [29pp]. *Revista Salud pública de México*, v.46 n.5 Cuernavaca sep. /oct. 2004, Instituto Nacional de Salud pública, p. 14.

-
- II. Ser residentes de localidades de muy alta marginación con menos de doscientos cincuenta habitantes, y
 - III. Otros supuestos que fije la Comisión.

En este sentido, se entiende que la CNPSS establecerá las bases sobre las cuales se exentará a las familias de la cuota, además de que dicha comisión o los REPSS pueden verificar metodológicamente los supuestos establecidos en los tres casos señalados con antelación. Es evidente que dicho régimen, que establece el no cobro a los beneficiarios se establece como una excepción acorde con la tradición tanto del sistema de salud mexicano como de la propia LGS en sus artículos 35 y 36 (supra, pp. 135-138), así como en concordancia con la focalización de la política social vigente.

En este contexto, a la par del régimen no contributivo se contempló en dicho Reglamento (RLGSMPSS) la imagen de cuotas reguladoras, las cuales de acuerdo con el artículo 77 bis 28 de la LGS se establecen

...con el objeto de favorecer el uso responsable de los servicios de salud, el Consejo de Salubridad General podrá establecer, mediante reglas de carácter general, un esquema de cuotas reguladoras para algunos servicios en razón de la frecuencia en su uso o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados. En dichas reglas deberá considerarse la posibilidad de que aquellos beneficiarios cuya condición socioeconómica así lo justifique, no cubran las cuotas a que se refiere este artículo.

Por lo que hace a las fuentes de financiamiento, se establece un esquema tripartita que pretende ser similar al del seguro de enfermedades y maternidad del IMSS, donde la aportación del patrón queda sustituida por las cuotas solidarias realizadas por los gobiernos federal y estatal. El esquema de aportaciones del SP comprende:

- Cuota social (artículo 77 bis 12 de la LGS) realizada por el gobierno federal y la cual se financia con recursos asignados al ramo 12 en el presupuesto de la SSA. Equivale al 15% del salario mínimo general diario para el Distrito Federal vigente al 1 de enero de 2004, es decir 2,477 pesos y es aportada en un tanto por cada familia que se afilie al SPSS. Se actualiza trimestralmente de acuerdo al Índice Nacional de Precios al Consumidor.
- Aportación solidaria estatal –ASE- (artículo 77 bis 13 LGS) equivalente a la mitad de la cuota social, realizada por los gobiernos locales
- Aportación solidaria federal –ASF- (artículo 77 bis 13 LGS) que equivale a 1.5 veces el monto por familia de la cuota social. Esta aportación se hará diferenciadamente por entidades federativa a partir del fondo de aportaciones para los servicios de salud a la persona, conforme a la ponderación³⁶ de los siguientes criterios:
 1. Número de familias beneficiarias³⁷;
 2. Necesidades de salud;
 3. Aportaciones adicionales que realicen las entidades, es decir, en adición a lo que la LGS les señala como ASE; este concepto se conoce como “esfuerzo estatal”; y
 4. Desempeño de los servicios de salud.
- Cuota familiar (artículo 77 Bis 21) es un monto que paga anualmente cada familia afiliada, y es proporcional a su condición socioeconómica. De acuerdo con los “lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la

³⁶ El cálculo para determinar el monto de recurso para cada entidad en este rubro se hace de la siguiente manera: El primer paso para calcular la ASF aplicable a cada entidad es definir el monto anual de recursos que corresponde al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona –FASP-. En 2006, este monto se obtuvo multiplicando 4,038 pesos por familia beneficiaria (o 1.5 veces la Cuota social) por el número total de familias beneficiarias establecido como meta de afiliación para el 2006 a nivel nacional. Una vez estimado el monto total de recursos para el FASP, se utiliza la fórmula a que se refiere el artículo 87 del Reglamento para asignar estos recursos entre las entidades federativas, a partir de los cuatro componentes señalados anteriormente y sus ponderadores o porcentajes respectivos. Ver: González Pier, Eduardo y otros-Secretaría de Salud [unidad de análisis económico]. *Op. cit.*, p. 50.

³⁷ En el año 2009 se reformaron las disposiciones relativas de la LGS para que los recursos entregados por la federación a los estados se calculen a partir del 2010 por el número de individuos afiliados y no por la cantidad de familias inscritas. Lo cual según el secretario de salud de la federación desde 2006, José Ángel Córdova Villalobos, “permitirá lograr la cobertura universal a más tardar en 2011”. Ver: De la redacción. “Cobertura total del Seguro Popular en 2011”. Diario la jornada, versión electrónica del día 28 de noviembre de 2009, p. 31.

cuota familiar del sistema de protección social en salud” publicados en el DOF el 15 de abril de 2005, dicha cuota debía ser significativamente menor al gasto catastrófico, es decir por debajo del 30 % del ingreso disponible del hogar (ingreso anual menos gasto para satisfacer los niveles mínimos de alimentación) y guardar congruencia con la ENIGH que elabore el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza.

En seguida estimaba que para el ejercicio fiscal 2005, se determinaría la cuota familiar aplicando un seis por ciento sobre el ingreso neto disponible del decil de ingreso de que se trate. El estimado correspondiente (más las cuotas actualizadas para 2009) queda como sigue:

Cuadro No. 3

Monto de las cuotas familiares del seguro popular para los años 2005 y 2009

Decil del ingreso (de menor a mayor)	Cuota familiar anual para el seguro popular (pesos). Año 2005	Cuota familiar anual para el seguro popular (pesos). Año 2009
I	Exento	Exento
II	Exento	Exento
III	640	713.96
IV	1,255	1,400.04
V	1,860	2,074.97
VI	2,540	2,833.56
VII	3,270	3,647.93
VIII	5,065	5,650.38
IX	6,740	7,518.97
X	10,200	11,378.86

Fuente: Elaboración propia con base en los *Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del sistema de protección social en salud del 15 de abril de 2005*, reproducido como anexo legal 8 [pp. 271-278] en: González Pier, Eduardo y otros-Secretaría de Salud [unidad de análisis económico]. *Op. cit.*, p. 274; y *Cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud publicadas el 14 de febrero de 2008 en el Diario Oficial de la Federación (DOF)*, que se mantuvieron vigentes para el ejercicio fiscal de 2009.

Asimismo, en dichos lineamientos se señala que la CNPSS actualizará anualmente las cuotas de acuerdo con el INPC, además de que no serán objeto de devolución en ninguna circunstancia. La pertenencia al decil de ingreso se evalúa en las cédulas de características socioeconómicas (con vigencia trianual) que cuenta también con la solicitud de afiliación (con vigencia anual) correspondiente.

Respecto de la cobertura limitada del SP, centrada en lo preventivo con exclusión de los tratamientos y servicios de tercer nivel así como de los de hospitalización³⁸, el SPSS respondió con dos medidas: por un lado incrementó el número de intervenciones a las que tienen derecho los afiliados a 249, mientras que por el otro vinculó al seguro popular con un conjunto de prestaciones agrupadas y financiadas mediante el denominado fondo de protección contra gastos catastróficos (FPGC) para cuyo acceso interpuso diversas restricciones.

El incremento de las intervenciones que amparan a los afiliados se llevó a cabo de manera progresiva en relación con el CABEME; en 2004 dicho catálogo fue sustituido por el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) que comprendía 154 intervenciones y 168 medicamentos el cual operó hasta 2005, mientras que en el año 2006 se estableció una nueva expansión en el número de intervenciones para alcanzar las 249,

³⁸ El carácter preventivo del seguro popular en su primera etapa fue criticado por Boltvinik Kalinka, Julio. Seguro Popular y Oportunidades [pp. 39-44] en: Brugada Molina, Clara (coordinadora). *Seguro popular: ideas para el debate*. México, edición del Grupo Parlamentario del PRD: Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, LIV Legislatura, 2003, p. 41. Sin embargo, en el mismo tono crítico pero esta vez dirigido a la segunda etapa del seguro popular, es decir, como SPSS José Blanco Gil y Oliva López Arellano apuntan que uno de los “principales problemas” es que “privilegia el componente curativo de los servicios”. Ver, de los autores: Distintos caminos para avanzar en la protección a la salud: El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (Distrito Federal) y el Programa de Seguro Popular de Salud (Nacional) [pp. 43-50] en: Eibenschutz Hartman, Catalina y otros (compiladores). *¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción*. México, coedición Organización Panamericana de la Salud-Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco-Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Estudios Superiores Zaragoza-Instituto Politécnico Nacional, 2006, p. 46.

asociadas con 307 medicamentos a través del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES).

El CAUSES incorpora entre sus intervenciones los servicios de vacunación, que ya eran prestados gratuitamente por el sector salud. Contempla también otras más que van desde el diagnóstico y tratamiento por dermatitis del pañal que no incluye apoyos de laboratorio, así como del acné y las verrugas hasta la insuficiencia cardiaca crónica, la depresión o quistes de ovario.

Por lo que hace al FPGC, éste pretende cubrir financieramente aquellas enfermedades que causan gastos catastróficos, las cuales evidentemente no son cubiertas por el SP. Entre octubre de 2005 y mayo de 2006 atendió los siguientes padecimientos: leucemia linfoblástica aguda, cáncer cérvico-uterino y cuidados intensivos neonatales, aunque también se tenía contemplado el VIH sida.

Dicho fondo es administrado por un fideicomiso que carece de estructura orgánica y del que son responsables diversos secretarios de estado, quienes son asistidos por asesores especialistas en la materia. Sus fuentes de financiamiento (artículos 77 bis 17 y 77 bis 18 de la LGS) son: 1) la CNPSS que destina el 8% de la suma de la cuota social y las aportaciones solidarias, 2) el remanente que exista del ejercicio fiscal anterior en el fondo de previsión presupuestal. Además de que se prevén otras dos fuentes pero sujetas, ya sea a la existencia de rendimientos o a la voluntad de los aportantes: 3) intereses devengados de la inversión de recursos disponibles (llevados a cabo vía el fideicomiso) y, 4) donaciones y aprovechamientos fiscales.

Para que una persona acceda a los tratamientos cubiertos por el fondo, los cuales son definidos y establecidos por el CSG, se requiere que

los derechos del paciente como beneficiario del SPSS estén vigentes así como someterse a un procedimiento de referencia y contrarreferencia denominado “declaratoria de caso”, a través de la cual el médico de la unidad básica evalúa de acuerdo con la gravedad del caso y la imposibilidad de atenderlo en ella la pertinencia de referirlo a una unidad de especialidad.

Los hospitales a los que se les refiere estarán comprendidos entre los siguientes: a) hospitales de alta especialidad pertenecientes a los SESA; b) aquellos que reciben subsidios por parte de las entidades federativas (hospitales universitarios); o bien, c) que reciban financiamiento del gobierno federal (Institutos Nacionales de Salud u hospitales federales de referencia).

La atención de servicios de salud en materia de gastos catastróficos está siempre sujeta a la disponibilidad de recursos financieros para que se pague por los mismos a los hospitales especializados, así como a la existencia de infraestructura en el lugar donde se presente el caso, además de los lineamientos que se señalen para su prestación.³⁹

Para responder a la pregunta ¿con qué brindar los servicios pretendidos tanto para el seguro popular como para sus demás componentes? el SPSS estableció lineamientos generales. En cuanto a la infraestructura planteó la necesidad de vincular el sistema con el Plan Maestro de Infraestructura proyectado en el PNS 2001-2006.

³⁹ La Auditoría Superior de la Federación, en el informe de la Cuenta Pública 2005 realizó una evaluación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular de Salud, y concluyó que para el periodo 2005-2025, los ingresos captados serán insuficientes para garantizar la atención de padecimientos de altos costos en la población beneficiada. Ver: Méndez, Enrique. “Seguro Popular, otro fracaso de Vicente Fox. Usó estructura médica de IMSS, ISSSTE, Sedena, Pemex y privada”. Diario la jornada, sección política, versión electrónica del martes 3 de abril de 2007.

Se establece que para cada región puede haber una red o más de prestadores de servicios, compuestas por unidades de atención básica y hospitales ya sean generales o de alta especialidad. La base de las redes son las unidades con que ya operaban los servicios en los estados, así como las pertenecientes al Programa IMSS-Oportunidades.

Por lo que hace a los medicamentos, estableció una estrategia genérica tendiente a negociar e involucrar a los abastecedores y productores. El planteamiento es utilizar como incentivo el volumen de compras del sector salud para que en las farmacias particulares se les entreguen los medicamentos a los beneficiarios, cuyo costo cubrirá después el SPSS.

Con su reformulación, el SPSS pretendió hacer frente a las críticas que desprendidas del contraste entre el SP y los problemas reales verificados en materia de salud en el país surgieron luego de dos años de operación de la política pública.

Sin embargo, tal reestructuración no se apartó del planteamiento primigenio que desde 1994 propuso quien a la hora de la implementación del SP era secretario de salud federal, es decir, se mantuvo un esquema público de aseguramiento que pretende cobrar a la mayor parte de la población con la previsibilidad de integrar un fondo de recursos monetarios considerable, más una tendencia a abrirse pausadamente en el mediano plazo a la intervención de las empresas privadas.

4.4 *Análisis del seguro popular como política pública*

Desde su planteamiento original el SP queda enmarcado en su contexto, tanto en el plano político como en el de la salud, de tal manera que sus pretensiones, objetivos, metas y característica, así como los cambios que se realizaron a sus atributos pueden ser analizados a partir de su ubicación como política pública, esto es, definida en la arena política mexicana.

Ello permite, en primera instancia, explicar por qué se dio la meta de alcanzar cobertura universal, inicialmente para el año 2006, pero también hace posible vislumbrar las razones de su subsiguiente posposición e inclusive permite proyectar algunos escenarios al respecto.

En el caso del planteamiento primigenio del SP, la pretensión básica de alcanzar la protección total en salud a través de un solo programa gubernamental centrado en la prestación de servicios mínimos, sin conexión explícita y estructurada con otros diseños que atiendan problemas torales en materia de salud en México tales como infraestructura, así como la formación y administración de personal especializado proviene de dos puntos.

El primero de ellos es la necesidad de servicios en un país donde la mitad de su población vive en condiciones de pobreza, lo que le imposibilita acceder a niveles adecuados de salud aunado a que formalmente las sucesivas administraciones se comprometieron formalmente con la extensión de servicios de salud, por lo menos desde hace 60 años (supra, pp. 90 y ss).

La segunda razón tiene que ver con la forma particular en que se desarrolla el mercado político en el país, desde que recientemente (1997) existe la posibilidad de que partidos diferentes del PRI compartan el gobierno (en su sentido amplio) central.

Por múltiples razones que sería prolijo analizar aquí, entre las que se encuentran precisamente un pasado reciente sin opciones políticas reales, el gran peso de pocos actores como los medios de comunicación en la orientación de las decisiones de las personas, así como debido a la conformación del régimen político entendido como las reglas para el acceso y el ejercicio del poder; por todas estas razones los incentivos para los políticos se centran más en las grandes ofertas que en los resultados acotados pero reales, estables y firmes que den las bases para cambiar las condiciones de salud.

De ahí precisamente el planteamiento de lograr con el SP la cobertura universal en México para el año 2006. Así, de manera incremental cada administración puso "obligadamente" en marcha acciones o programas en ese sentido y la correspondiente a 2000-2006 no pudo ser la excepción.

Ahora bien, el acotamiento inicial de los servicios que ofrecía tiene que ver con las prioridades fijadas en función de la concepción dominante en los círculos gubernamentales: primero el crecimiento económico para con base en él atender, aunque sea después, las necesidades de la población. Antes que la reforma del sistema de salud, en la administración de Vicente Fox la prioridad en materia de política pública fue la reforma fiscal, la que por cierto entre una de sus medidas incluía gravar alimentos y medicinas.

Bajo esta categorización de prioridades, antes que invertir había que recaudar. Ello explica en buena medida el establecimiento de cuotas a la totalidad de la población a la que se le prestarían los servicios del SP, asimismo ayuda a esclarecer las razones por las que hasta la mitad del camino (en 2005, con el Reglamento de la LGS en materia de protección social) en el trayecto proyectado para la cristalización final de los objetivos de la política pública en su versión alargada (2010), se establece la exención de cuotas para los dos deciles más bajos del ingreso.

Desde la perspectiva de las políticas públicas, se puede decir entonces que esas prioridades son reflejo de lo que el gobierno quiere y las cuales se materializaron en la delimitación de las alternativas que era posible tomar en cuenta.

Por ejemplo, un esquema de gratuidad total en servicios de salud no estaría a tono con las ideas dominantes en materia de política social porque de acuerdo con ellas implicaría dispendio de recursos y a final de cuentas favorecer a quienes sí tienen recursos para pagar por su salud, lo que también desincentivaría el mercado mexicano en materia de prestación de servicios de salud, pues éste rubro, como se acoto más arriba, se visualiza desde 1994 como una posibilidad de negocio.

Otro de los procesos contextuales determinantes para la gestación, diseño e implementación de la política pública fue la reforma del sistema de salud que se presenta no sólo en México si no en gran parte del mundo. En dicho proceso se definen y buscan alternativas a los esquemas de financiamiento y prestación de los servicios de salud en virtud del cambio del modelo económico dominante que transitó con múltiples variantes y matices, de acuerdo con las características diversas de los países en que se desarrolla todavía, de una fuerte intervención del Estado

en la vida económica y social a una liberalización de las relaciones en esos dos planos.

Las alternativas que se presentan en este punto tienen que ver con la mejor manera, tanto de financiar como de de prestar los servicios de salud; acorde al planteamiento central descrito en el párrafo precedente, los dilemas giraron por un tiempo en torno a la estructuración de un sistema público o privado, mientras que ahora y de frente a las limitantes inherentes a cada uno de ellos se habla de buscar la combinación adecuada para que juntos, mediante una fórmula balanceada, puedan afrontar con éxito el delicado tema del financiamiento y la prestación de los servicios de salud.

Pero las opciones no se estructuran exclusivamente en función de esa gran vertiente de discusión. No, las particularidades del sistema de salud mexicano, tanto como los problemas y rezagos que trae consigo a cuentas en el plano del sistema en su conjunto dificultan la discusión, planteamiento, estructuración e implementación de alternativas en materia de política sanitaria.

Por una parte, la privatización entendida en su acepción más general como enajenación o traspaso de la administración y suministro de bienes y servicios públicos a manos privadas es rechazada, antes de cualquier análisis de hechos, por una parte de los actores que a través de la estructuración del paradigma definen las políticas públicas sanitarias en el país (supra, p. 61). EL SP y la discusión en torno suyo son una muestra clara del rechazo a priori de la privatización.⁴⁰

⁴⁰ Ver: *El seguro popular cuenta con los recursos para cumplir con sus compromisos, a diferencia de la seguridad social, que todo promete*. [Entrevista con Jaime Mier y Terán, Secretario de Salud del Estado de Tabasco, pp. 29-35] en: Instituto Nacional de Salud Pública. *Op. cit.*, p. 33. Así como Ortiz, Mauricio. *Op. cit.*, pp. 93-113.

Pero también los resultados de la privatización en el país (el paso de un monopolio público a uno privado como es el caso de Telmex, o la necesidad de rescatar con recursos públicos a las empresas privadas a quienes se les traspasaron bienes y servicios públicos por considerarlas más eficientes, como fue el caso del rescate carretero y el bancario), así como la naturaleza poco clara de los procesos llevados a cabo por los políticos junto con los empresarios mexicanos para sacarla adelante le abonaron descrédito a esa estrategia. Bajo estas perspectivas, se puede decir que en México los resultados en materia de privatización no son buenos, pues no se ha socializado la riqueza sino que al contrario, se acentúa la desigualdad a pesar de la instauración de dicha estrategia, por lo que su descrédito aumenta.

No obstante lo anterior, la privatización sí ha tenido lugar en el país en áreas rentables y cercanas a la salud, como son las reformas tanto al IMSS como al ISSSTE en 1997 y 2007 en sus sistemas de pensiones, lo cual se puede manifestar como otra muestra palpable del carácter pausado de la reforma del sistema de salud en México.

Otro punto que opera en un plano contrario a la privatización de los servicios de salud a la población abierta es el carácter fragmentado de los mismos; recuérdese al respecto que uno de los objetivos del antecedente del SP fue un seguro nacional de salud, de tal manera que si se analiza con cuidado el planteamiento del SPSS se puede observar, también como ya se apuntó más arriba, que busca dar unidad en la diversidad a los servicios de salud que se prestan a la población no asegurada en un sistema más racional en cuanto a su manejo o administración y el cual queda determinado desde luego por lo que el gobierno quiere lograr.

Todos estos aspectos, pero sobre todo la falta de mercados sólidos más la carencia de demanda potencial para los mismos debido a los altos

niveles de pobreza en México, determinaron que acentuadamente se declarará en la estructuración del SPSS, incluso como uno de sus objetivos, que el financiamiento de los servicios de salud sería público y la prestación también pero descentralizada, lo cual puede entenderse como una alternativa de la privatización, sin embargo ello no es exacto del todo, puesto que se cobran cuotas.

En correspondencia explícita con los lineamientos de la reforma a los sistemas de salud en el mundo, en la concepción y para el funcionamiento del SPSS se utilizan criterios de la gestión privada, tales como el cobro, el sistema de incentivos que pretende alentar la competencia entre las unidades de atención con el fin de obtener más recursos, la pretensión de que el usuario elija al prestador aunque en un ámbito restringido ó la certificación de las unidades.

En cuanto a los elementos de estructuración del SP como política pública se puede subrayar el hecho de que en su diseño no participaron ni los grupos a los que estaba destinado ni los que serían los prestadores directos de los servicios.

En este sentido destacan los criterios técnicos y electorales con los que seleccionaron las primeras 5 entidades en donde se implementaría el SP, pues no importaron tanto las necesidades de la gente, si no que lo imperante fue, según sus hacedores, la factibilidad de la misma. El problema aquí es que se limita en demasía el concepto de factibilidad, toda vez que por tal se entiende datos duros y no persuasión para convencer a los beneficiarios y prestadores directos de las bondades de la política pública.

Una observación más es que el planteamiento del SP en el plano de las cuotas no resulta coherente con otros datos duros de organismos

gubernamentales, tal es el caso del cobro original de cuotas a los tres deciles más bajos del ingreso, que como se mostró en su momento no tienen recursos para pagar de acuerdo con la fórmula que para los gastos catastróficos utiliza la propia SSA, lo cual se confirma al recurrir a los datos que para la medición de la pobreza realiza el Coneval. Pero esta contradicción interna del SP se puede extender a los cinco deciles más bajos del ingreso, pues de acuerdo con dicho organismo la mitad de la población en México carece de recursos para atender sus necesidades de salud.

A pesar de que en los textos cuya publicación es financiada por la SSA se habla del SP como una prueba piloto (de 2001 a 2002), ello no se menciona en el documento que lo formalizó y al no estar planteada en estricto sentido como tal, se limita en alguna medida su valor como evidencia respecto de que era posible avanzar en la reforma hacia la implantación del SPSS a partir de la experiencia del SP.

No obstante que el entonces secretario de salud afirma que se venía trabajando en el proyecto desde décadas atrás, aún de manera informal, no existe la suficiente evidencia de que por ejemplo se hubieran valorado otras experiencias en la materia tanto en el plano nacional como en el internacional.

En el proceso de su formulación en las instancias del ejecutivo (ya como proyecto de reforma), es decir, como SPSS en ciernes se muestra una dependencia casi fatal de las observaciones técnicas y de carácter financiero hechas por especialistas en macroeconomía y altas finanzas, lo cual limitó el horizonte de su diseño. De hecho, como se desprende de sus

planteamientos es una reforma eminentemente financiera en el área de la salud.⁴¹

Al respecto, hay que decir que seguramente se requiere de diseños financieros y econométricos en cualquier planteamiento de política pública sanitaria, pero siempre contrastados con las visiones de los especialistas en salud así como de los versados en ciencias sociales y administrativas relacionados con los temas, pues el ámbito de las políticas públicas como el de la salud es interdisciplinario.

Por lo que hace a los lineamientos internos del SPSS en donde se enmarcó el SP como política pública y su eje central se tiene que:

Las comisiones camarales: a) no corrigieron la falta de consulta a la sociedad; b) tampoco mejoraron la “identificación” del problema público; c) no corrigieron su formulación sesgada; d) pasaron por alto su diseño arriba-abajo; y e) soslayaron su instrumentación centralista, muy poco operativa y que recarga irresponsablemente los costos decisorios, económicos, organizacionales y médico-clínicos sobre las entidades federativas.⁴²

En cuanto al primer punto, se puede decir que es una práctica acendrada en la elaboración de políticas públicas en el país; de tal

⁴¹ Al respecto Julio Frenk Mora, al resaltar los logros del seguro popular que ubica como la reforma del sistema de salud mexicano, sostiene que para lograr el objetivo de mejorar el equilibrio entre calidad y equidad “actualmente la reforma financiera en el nivel macro se complementa con una reforma gerencial en el nivel micro” que incluye criterios de eficiencia, calidad, certificación, capacitación gerencial, orientación a resultados y racionalidad. Ver, del autor: “Tender puentes: Lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias” [pp. 14-22]. México. *Revista Salud Pública de México*, año/vol. 49, número suplemento 1 de 2007. Instituto Nacional de Salud Pública, p. 17. El original en inglés: Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico, se publicó en la *Revista internacional de salud Lancet*: 2006; 368; 954-961.

⁴² Leal Fernández, Gustavo. *El foxismo no es un humanismo: es un fraude / Diez evidencias sobre el caso del Seguro Popular* [pp. 13-22] en: Brugada Molina, Clara (coordinadora). *Op. cit.*, p. 14. Cabe mencionar que en esta obra se sostiene que el seguro popular es sinónimo del sistema de protección social en salud, lo cual es técnicamente incorrecto como se sostuvo en su momento, pues el SP representa sólo uno de los elementos, aunque el principal, del sistema.

magnitud es esta característica que hay estudiosos que desestiman el valor de los programas gubernamentales como políticas públicas. Este punto se encuentra íntimamente ligado con su construcción vertical (d), pues el SP y el SPSS se definieron en los círculos gubernamentales como lo muestran los datos analizados y los criterios para la selección de entidades en donde arrancó originalmente.

Respecto de la identificación del problema público, con este punto se puede ir a la raíz de las contradicciones internas del SP ya que no atiende directamente el problema de fondo de la salud en México: las condiciones de salud, sino que busca ordenar los servicios que en la materia se prestan a los no derechohabientes de la seguridad social y lo hace a través de un sistema de prepago cuyas características contrastan con las condiciones socioeconómicas de la población en el país por dos razones.

Por una parte, la mitad de la población vive en la pobreza y por la otra, para que los estratos más pudientes se afiliaran al SP de tal manera que financien directamente los servicios de salud de los más pobres⁴³, se necesitaría de entrada y por lo menos mejorar los niveles de calidad de los mismos, pues como muestra la ENSANUT 2006 los servicios de salud privados ocupan el segundo lugar en la percepción de calidad por parte de los usuarios como muy buena y buena, mientras que el SP ocupa también el segundo sitio pero con una apreciación de los mismos como muy mala y mala (supra, pp. 102-103).

De tal manera que para intentar asegurar a los grupos más ricos de la población bajo el esquema del SPSS, se necesita primero mejorar la

⁴³ De acuerdo con el informe de la Secretaría de Salud en el que se evalúa el primer año de operación del seguro popular de salud “el programa tiene varios retos por delante. El principal: lograr la incorporación de las personas de altos ingresos económicos, las cuales hasta ahora han estado poco interesadas en inscribirse”. En: Cruz, Ángeles. “En duda, la viabilidad financiera del Seguro Popular de Salud”. Diario la jornada, sección sociedad y justicia, versión electrónica del día jueves 12 de junio de 2003.

atención y ello se vislumbra muy problemático debido a las carencias relativas de infraestructura aunada a la mala distribución de personal que privan actualmente en el sistema nacional de salud.

En la medida que el SP no asume las contradicciones inherentes al sistema socioeconómico del país renuncia a actuar, así sea limitadamente, en los ámbitos en los que puede hacerlo sobre las condiciones de salud como son ingreso, vivienda digna, acceso a servicios básicos, educación y hábitos de consumo, en suma, aspectos de la vida social íntimamente relacionados con la pobreza.

No hay que olvidar a este respecto que los problemas identificados y atendidos o no mediante las políticas públicas son construcciones sociales que reflejan concepciones específicas de la realidad (supra, pp. 48), de tal modo que antes de identificar el problema, se le construyó de acuerdo con las prioridades gubernamentales y las concepciones dominantes que trabajaron con anterioridad organismos internacionales como la OMS respecto del problema público que para el caso del SP se denominó protección financiera, así como por el BM en lo relativo a la selección de los servicios a prestar o la definición de las prioridades, como se verá más adelante.

Este realismo político en el que se enmarca la explicación del proceso del SP como política pública, obliga a considerarlo desde el punto de vista gubernamental frente a la complejidad de los asuntos y problemas públicos, la pretendida carencia de recursos para atenderlos y las prioridades que se pueden prever a partir de las acciones gubernamentales. Así entendida, la evaluación del SP por el logro de sus objetivos resulta parcial aunque no deja de ser un acercamiento "realista" a la misma, de tal manera que se debe considerar lo siguiente:

Para mostrar que una política está equivocada no basta ofrecer el argumento abstracto de que no se realizaron con ella los objetivos importantes, hay que proceder a mostrar por qué razón otra política habría de ser preferida.⁴⁴

Y es precisamente en este sentido, que la valía de las acciones sobre las condiciones de salud perdieron terreno en la elaboración de la política pública ante los ejes que engloban los objetivos del SP, como son la construcción de un seguro nacional que reconstruya los servicios que de manera fragmentada se presta a la población no derechohabiente, la cobertura universal mediante un sistema de prepago, la búsqueda de racionalidad en la prestación de los servicios, pero sobre todo en su financiamiento en el amplio marco de la reforma al sistema de salud en México y la focalización de la política social que se expresa a través de la exención de pago de cuota familiar a los dos deciles más bajos del ingreso.

Ello se entiende si se considera la forma vertical y excluyente en que se elaboró la política pública, pues encerrada en los cubículos de los funcionarios y frente a la prioridad del momento que era recaudar más para mejorar la atención de la salud, la opción condiciones de salud no tuvo lugar en la agenda pública.

Lo que sí destelló por su presencia es el carácter sesgado del SP y que se puede entender como la preocupación centrada en los aspectos financieros. Pero hay que ir con cuidado al respecto: si bien esta visión resulta francamente oblicua en cuanto al discurso que pretendía mejorar la salud de la población, no lo será tanto si se le ubica dentro del proceso de reforma del sistema de salud, pues con el SP se avanza hacia la ordenación y saneamiento, en términos estrictamente financieros, de los servicios de salud a la población abierta en la medida en que se cobra por

⁴⁴ Lindblom, Charles E. *La ciencia de "salir del paso"* [pp. 201-225] en: *La Hechura de las políticas*, *Op. cit.*, p. 212.

los servicios, lo cual queda explícitamente enmarcado en la refuncionalización de la política social.

De ahí el esfuerzo conceptual para diferenciar dentro del SPSS, los servicios de salud a la persona, los cuales son susceptibles de ser cobrados "por su naturaleza económica", distanciándolos de los bienes públicos. Pero incluso dicha concepción es cuestionable, pues si estos últimos se definen (supra, pp. 200-201) como los servicios que benefician no sólo a quienes los reciben, cabe preguntarse si los denominados servicios de salud a la persona no benefician a las demás personas en la medida en que den o reestablezcan la salud de una persona que vive en una sociedad y por lo tanto se relaciona con los otros.

Por ejemplo, en el plano laboral una persona saludable se desempeñará mejor y será más productiva que una enferma, con lo cual beneficiará a sus compañeros de trabajo y al patrón en la medida que ayude a hacer de la empresa una unidad más competitiva, pero también a los consumidores puesto que producirá tanto bienes como servicios de mejor calidad. Lo mismo pasa en la escuela e incluso en el núcleo familiar en donde una persona sana será capaz de relacionarse en mejores términos con los demás, así como de desempeñarse de una mejor manera para desarrollar lazos afectivos y relaciones más duraderas, además de que será capaz de asimilar una mayor cantidad de conocimientos.⁴⁵

⁴⁵ Uno de los colaboradores más cercanos de Julio Frenk desde 1994, Rafael Lozano, señala al respecto: "los beneficios de la atención a la salud no son estrictamente individuales, si no que llegan a la familia, a la comunidad y al resto de la sociedad", lo cual "es obvio" aunque no exclusivamente "en numerosos servicios de salud ambiental, que constituyen bienes públicos". "Además, no todos los beneficios de los servicios personales de salud se limitan al paciente, pues pueden existir "externalidades" significativas (...) Aún en el caso de los padecimientos no transmisibles, la salud constituye un valor esencial pues, como se ha insistido, representa un insumo para el desarrollo económico y una inversión en el capital humano de una nación." Ver: Frenk Mora, Julio José y otros (1994). *Op. cit.*, p. 84.

En su justa dimensión, la diferenciación por su naturaleza económica entre bienes públicos y servicios de salud a la persona es, por decir lo menos, cuestionable desde el punto de vista lógico, lo que le da un carácter contingencial que reduce su valor como premisa a partir de la cual se establece el sistema de prepago como alternativa de solución implementada mediante la política pública para atender el problema público: la protección financiera frente a los gastos catastróficos.

Mención expresa requiere el alcance tanto real como potencial del SP en cuanto a su cobertura como sistema de aseguramiento, en la medida en que este dato permite dimensionar en alguna medida su eficacia más inmediata y tangible como política pública.

En cuanto a la incorporación de familias existe una confusión de cifras. La dirección general de afiliación y operación de la CNSPSS reportó para junio de 2006 un total de 8, 818,157 familias afiliadas, sin especificar el número total de afiliados y señaló que desde 2002 hasta esa fecha la afiliación real había superado invariablemente la meta programada.⁴⁶

Si se multiplica esa cifra por 4.4, que es el número de integrantes por familia que se estimó para la implementación del SP en el acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e

⁴⁶ Informe de rendición de cuentas de la CNSPSS, *Op. cit.*, p. 32.

En el año de 2005, La Auditoría Superior de la Federación señaló que había serias deficiencias en la elaboración del seguro popular: respecto de otorgar la cobertura total a la población a la que se dirigió el citado programa, la administración foxista "realizó una proyección lineal (de los objetivos), sin considerar el incremento poblacional". Ver: Méndez, Enrique. *Op. Cit.* En similar sentido se pronuncia un estudio realizado bajo la responsabilidad de la empresa Gestión Social y Cooperación (Gesoc, AC) a solicitud de la Cámara de Diputados, en el cual al evaluar el seguro popular dentro de una escala del 1 al 10 lo ubicó con una calificación de 5.8, lo anterior utilizando parámetros como calidad del diseño, así como "Diseño y operación estratégica" y "Operación a resultados y a la ciudadanía". Ver: Barranco, Alberto. "Columna Empresa". Diario el universal, versión electrónica del día 7 de noviembre de 2009 [al pie del título de esta nota en dicha versión aparece la fecha del 06 de noviembre de 2009].

indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud⁴⁷, se obtiene un total de 38, 799, 890 beneficiarios, cifra muy alta y desproporcionada respecto del alcance que de dicha política pública señala la ENSANUT 2006, en donde se apunta que

Una de las conclusiones inmediatas de la encuesta actual es el avance que ha habido en las coberturas de los servicios de salud, como parte del Sistema de Protección Social en Salud, cuya acción ha beneficiado principalmente a los hogares que viven en condiciones de pobreza extrema. En el 2000, los datos obtenidos mostraban a 59.3% de la población sin cobertura de salud. Hoy este número se ha reducido a 51.4%. Esto gracias, entre otras cosas, al Seguro Popular, que cuenta con una penetración de 10.8% a nivel nacional. Pero queda mucho por avanzar para ofrecer una cobertura universal.⁴⁸

De esta manera, en la página del seguro popular se puede verificar la población beneficiaria por rango de edad para cada estado, cuyas cifras al ser sumadas dan un total de 10, 706,801 personas afiliadas⁴⁹, lo cual coincide con el porcentaje citado por la ENSANUT 2006.

Pero el fenómeno de la variabilidad de cifras en cuanto a la cobertura lograda de acuerdo con las distintas fuentes consultadas se mantiene en el tiempo.

Por ejemplo, con motivo del tercer informe de gobierno verificado en septiembre de 2009, el titular del ejecutivo habló de “la oportunidad inigualable de alcanzar la cobertura universal en salud durante su administración” y agregó que se había alcanzado ya la cifra de 10 millones de familias afiliadas al SP, lo que equivaldría aproximadamente a 44

⁴⁷ Ver cuadro 4.1, p. 400.

⁴⁸ Olaiz Fernández, Gustavo y otros (editores), *Op. cit.*, p. 18.

⁴⁹ <http://www.seguro-popular.gob.mx>, consultada el 04 de agosto de 2007 y el 13 de enero de 2010. En el total relativo al año 2006 no se incluye a Yucatán, debido a que las cifras correspondientes a ese estado son ilegibles.

millones de personas de acuerdo con las estimaciones de la propia política pública para su implementación.

Sin embargo, la información disponible en la página del seguro popular durante enero de 2010 hablaba de 26, 103, 119 afiliados con una cifra de familias inscritas del orden de 9, 146, 013.

No obstante lo anterior, investigadores de la Universidad Autónoma Metropolitana cuestionan abiertamente los datos oficiales sobre afiliación con tres argumentos: a) que afiliarse no significa recibir la atención requerida, b) que las propias fuentes oficiales no son coincidentes y, c) que las fuentes oficiales no validan sus cuestionarios: no hacen explícito cómo miden el acceso a la salud más allá de una pregunta sobre la inscripción.⁵⁰ Pero cabe acotar que dichos intelectuales no ofrecen cifras

⁵⁰ En la página oficial se acota que la información corresponde al cierre del año 2008. Sin embargo en noviembre de 2009, es decir un año después, el propio titular de la CNPSS, Salomón Chertorivski, señaló que había 10 millones de familias afiliadas, lo que representaba aproximadamente 31 millones de afiliados. En este sentido: “Según sus estimaciones, de los 49 millones de mexicanos que carecían de atención médica en 2003, todavía faltan 18 millones por inscribirse al Seguro Popular, aunque entre ellos están quienes viven en las zonas más alejadas del país y aquellos que probablemente carezcan de interés por acudir a los servicios públicos”. Respecto de estas últimas cifras ver: Cruz Martínez, Ángeles. “El Seguro Popular contará el próximo año con 54.3 mil millones de pesos”. Diario la jornada, sección política, versión electrónica del día 18 de noviembre de 2009.

En cuanto a los argumentos que desacreditan las cifras y aún el proceso mismo de afiliación, véase: Laurell, Asa Cristina. “Coneval. Baile de los números de acceso a la salud y seguridad social”. Diario la jornada, sección opinión, versión electrónica del día 13 de enero de 2010; así como Leal Fernández, Gustavo. “IMSS-ISSSTE-Ssa. Tres arenas, tres fracasos”. Diario la jornada, sección opinión, versión electrónica del día 19 de septiembre de 2009. Las fuentes que no coinciden, según Laurell, son el Coneval comparado con la CNPSS-SSA. Tal discrepancia se patentizó en abril de 2010, cuando el Coneval señaló que en el año 2008 “43.4 millones de mexicanos (40.7 por ciento del total de la población) no tenían acceso a servicios de salud” y que el D.F. era la onceava entidad con mayores niveles de desatención; sin embargo, dos días después el secretario de salud federal rechazó la cifra argumentando que no estaba actualizada y que solo eran 16 millones los excluidos en materia de salud. Al respecto ver, respectivamente: Enciso L., Angélica. “Sin acceso a servicios de salud 4 de cada 10 mexicanos: Coneval”. Diario la jornada del día miércoles 7 de abril de 2010, sección sociedad y justicia, p.36, y Romero Sánchez, Gabriela. “Solo 16 millones de mexicanos carecen de servicios de salud, aclara Córdova”. Diario la jornada del día jueves 8 de abril de 2010, sección sociedad y justicia, p.39.

alternativas o fuentes de las mismas, además de que se opusieron manifiestamente al seguro popular tan pronto como éste apareció (incluso alguno de ellos desde el ámbito político como se verá más adelante).

La distribución de afiliados, según las fuentes oficiales queda de la siguiente manera:

Cuadro No. 4

Evolución de la afiliación individual y familiar del seguro popular por entidad federativa entre los años 2006-2009, y total nacional

AFILIADOS POR ENTIDAD			
	<i>INDIVIDUOS</i> 2006	<i>INDIVIDUOS</i> 2009	<i>FAMILIAS</i> 2006
Aguascalientes	281, 553	369, 410	116, 748
Baja California N.	209, 322	581, 575	242, 755
Baja California S.	46, 296	119, 958	40, 960
Campeche	146, 075	327, 980	107, 569
Coahuila	72, 393	418, 265	146, 016
Colima	177, 252	227, 421	85, 544
Chiapas	561, 887	1, 756, 549	598, 969
Chihuahua	183, 973	557, 374	205, 316
Distrito Federal	303, 676	773, 299	282, 901
Durango	62, 857	317, 693	100, 091
Guanajuato	1, 435, 629	1, 893, 335	620, 299
Guerrero	182, 032	1, 073, 795	355, 086
Hidalgo	289, 009	922, 157	280, 399
Jalisco	497, 282	1, 455, 938	471, 002
Estado de México	680, 409	2, 718, 024	830, 986
Michoacán	173, 290	938, 091	284, 638
Morelos	262, 105	541, 479	191, 825

Capítulo 4
Los dilemas del seguro popular: entre la reforma y el asistencialismo

Nayarit	224, 452	370, 033	<i>...continúa cuadro</i> 130, 256
Nuevo León	188, 456	519, 124	196, 323
Oaxaca	313, 824	1, 291, 324	492, 503
Puebla	785, 923	1, 453, 284	479, 667
Querétaro	133, 371	470, 140	146, 642
Quintana Roo	72, 969	250, 822	80, 837
San Luis Potosí	410, 471	764, 334	254, 421
Sinaloa	435, 895	724, 208	221, 875
Sonora	270, 948	537, 033	204, 280
Tabasco	1, 034, 940	1, 192, 720	414, 797
Tamaulipas	565, 443	953, 306	325, 792
Tlaxcala	102, 710	492, 949	162, 506
Veracruz	722, 393	2, 057, 432	719, 806
Yucatán		549, 666	177, 509
Zacatecas	203, 010	558, 196	177, 695
TOTAL NACIONAL	<u>10, 706,801</u>	<u>26, 103, 119</u>	<u>9, 146, 013</u>

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la página del seguro popular.

Para el año 2006 se puede observar que únicamente dos estados rebasaban el millón de afiliados: Guanajuato y Tabasco, mientras que Chiapas, Estado de México, Puebla, Tamaulipas y Veracruz contaban con más de quinientas mil personas afiliadas.

Sin embargo, en el año 2009 son ya nueve (casi un tercio de los treinta y dos que componen el país) los estados que rebasan el millón de afiliados, dos de ellos (Guanajuato y Chiapas) con cifras superiores al millón y medio, mientras que se acercan a ésta última dos más (Puebla y Jalisco); en tanto que las entidades con el mayor número de afiliados (Estado de México y Veracruz) rebasan los dos millones, en el segundo caso apenas por 57 mil individuos.

Como se puede ver, el conjunto de estas entidades coinciden con las que tienen una mayor cantidad de habitantes, además de que están entre las que cuentan con las más altas cifras de población no asegurada, lo que ayuda a explicar en buena medida sus cantidades de inscripción al SP.

Asimismo, destaca el hecho de que en todos los estados son los primeros dos deciles más bajos del ingreso en donde se concentran los mayores números de familias afiliadas; ello obedece a que es precisamente a estos a quienes por disposición reglamentaria se les exenta del pago de cuotas familiares al incluirlas en el régimen no contributivo.

En este sentido, la evolución del SP luego de ocho años de su implementación se orienta hacia una mayor cobertura entre la población más pobre y más específicamente en los tres deciles más bajos del ingreso que son los que no pagan (primeros 2 deciles o aquellos que sufragan la cuota mínima como es el caso del tercer decil), con la proyección de que no alcance a asegurar a los niveles económicos mejor ubicados, en detrimento de uno de los planteamientos centrales de la política pública: la solidaridad mediante la cual los ricos financiarían directamente la atención de la salud de los pobres.

Por ejemplo, durante el año 2006 en el Distrito Federal de las 95, 000 familias afiliadas, 91, 739 se ubicaron en el primer decil más bajo del ingreso, mientras que las restantes 3, 261 familias afiliadas se situaron en el segundo decil más pobre. En esta entidad para el año 2009, después de 3 años de haberse implementado el seguro popular, se alcanzó la cifra de 773, 299 afiliados, la cual es cercana a la media nacional: 815, 722; aunque representa sólo poco más de la mitad del promedio nacional situado en 1, 472, 722.

CAPÍTULO QUINTO

La salud en el Distrito Federal: Condiciones y política- política y condiciones ante el proceso de reforma en la entidad

Logros y costos aparecen unidos en cada medida tomada y en cada acción realizada; lo que a unos grupos ha favorecido para otros ha representado sacrificios, incomodidades y despojo. Difícilmente pueden percibirse en la administración de una metrópoli como ésta beneficios que resulten tangibles para el conjunto.

Lucía Álvarez Enríquez

El desenvolvimiento reciente del Distrito Federal en el plano político está determinado por un proceso de cambio que tiende a trastocar su estructura y su dinámica; la transformación adquiere un significado particular si se toma en cuenta que a través de la historia del país dicha entidad se coloca como su centro tanto en la dimensión económica como en el plano político. Sin embargo, las alteraciones actuales no sólo se dan en el ámbito gubernamental y sus antecedentes se remontan a la década de los 70° en el siglo pasado.

En este contexto, el tema de la salud en el Distrito Federal se mantiene eclipsado por el ámbito político en al menos dos sentidos:

A) lo que más llama la atención y en consecuencia es abundantemente tratado por la mayoría de los investigadores respecto del Distrito Federal como objeto de estudio son su régimen político, su estructura gubernamental y la influencia que en ellos pueda tener la organización social y,

B) con la llegada de la oposición al poder en el D.F., en este caso mediante un partido ubicado en la izquierda electoral, verificada desde 1997 y su permanencia para los dos periodos subsiguientes (2000-2006 y 2006-2012), se pone en marcha una política de salud que contrasta con la del gobierno federal a la que crítica abiertamente, de tal manera que la orientación ideológica y programática de las autoridades en el nivel federal y local, pero también sus intereses con miras tanto a mantenerse en el poder como para alcanzar más espacios en ese ámbito definitorio, determinaron la orientación de las políticas sanitarias que se implementaron en la entidad durante los últimos años.

A la par de las medidas contingenciales implementadas por los gobiernos con el fin de atender las necesidades en materia de salud en la

capital del país, los procesos más permanentes expresados en los campos económico, cultural y social que caracterizan al D.F. en su conjunto, desembocaron en formas de vida que se erigen actualmente como las condiciones de salud en este espacio y las cuales determinan desde luego los problemas de la entidad en este rubro, así como el alcance de las políticas que intentan atenderlos.

En el camino hacia el análisis de la implementación del seguro popular en el D.F., el presente capítulo ubica las condiciones de salud y la política sanitaria en la entidad como los temas que permiten comprender el sentido y la orientación del seguro popular como política pública en el D.F., así como los alcances que puede tener, además de las trabas que enfrentó para su implementación.

En este sentido, cabe señalar que se hace una breve referencia tanto de la historia como del contexto más general de la entidad en los planos económico, político y social, en la inteligencia de que la política sanitaria actual en el D.F., pero sobre todo las condiciones de salud que ahí privan no surgen por generación espontánea; lo anterior con la finalidad de explicar con profundidad el objeto de estudio de la presente investigación.

Con esta óptica, en el primer apartado se hace una somera revisión de los aspectos históricos que determinan la conformación política y socioeconómica del D.F., las cuales se analizan respectivamente en el segundo y tercer apartados, aunque también de manera breve, con la profundidad necesaria para contextualizar y explicar las condiciones de salud en la entidad, tema éste último que se explica a partir del perfil socioeconómico del D.F. En la cuarta sección se examina la política sanitaria que se implementó a partir de la reforma política en la entidad y la llegada al poder local de un partido de oposición, teniendo como corolario las características más genéricas del sistema de salud en la capital.

Finalmente, con los elementos analizados se hace una reflexión de la relación existente entre la acción gubernamental expresada como política pública en materia sanitaria y las condiciones de salud, bajo la hipótesis de que ella es dinámica y dialéctica, lo cual sirve como colofón para contrastar el seguro popular con las condiciones de salud en la capital, tema con el que se abre el siguiente capítulo.

5.1 Breve reseña histórica del Distrito Federal

Desde 1824, con la instauración formal del régimen federal en México establecido a imagen y semejanza del modelo norteamericano¹ se creó el D.F. como sede de los poderes federales, con lo que se inició la discusión, todavía latente ahora, respecto de la naturaleza jurídica y política de la entidad. Pero la centralidad política, cultural y comercial de la entidad se remonta hasta los tiempos prehispánicos, como sus antecedentes remotos.

El Decreto de 18 de noviembre de 1824, promulgado el día 27 de ese mismo mes y año instituyó el D.F., cuyo territorio (dos leguas a la redonda a

¹ Después de la independencia de los Estados Unidos de Norteamérica, por razones de seguridad para los titulares de los poderes federales ante la persecución de que fueron objeto los congresistas independentistas, así como debido a la irrupción de un grupo de soldados el 21 de junio de 1783 en la sesión del Congreso de Filadelfia, en protesta porque no habían sido remunerados, dicho cuerpo legislativo consideró el establecimiento de un Distrito donde el Congreso tuviera jurisdicción exclusiva y protección armada, lo cual cristalizó con fuerza normativa en el proyecto de Constitución de 1787. Al respecto ver: Acosta Romero, Miguel Ángel. *Teoría general del derecho administrativo, primer curso*. México, Editorial Porrúa, 1999. pp.650-651. Este mismo autor (p.654) señala que la fecha en que se expidió el Decreto que creó el D.F. fue el 20 de noviembre de 1824. Sin embargo hay autores que sostienen que México adoptó el régimen federal por necesidad, ante el peligro de disgregarse, pues se había establecido un plan provisional para el Estado Libre de Jalisco y 12 provincias se pronunciaron por el sistema federal. En este sentido se expresó Jesús Reyes Heróles, citado por Patiño Camarena, Javier [4.2 La configuración del sistema federal mexicano, pp.47-51] en: *Nuevo derecho electoral mexicano*. México, ediciones UNAM-Instituto de Investigaciones Jurídicas, serie estudios doctrinales, número 164, 8ª edición, 2006.

partir de la plaza mayor) fue segregado al Estado de México, causando inconformidad por parte de esa entidad. Dicha prescripción se ordenó con fundamento en la fracción XXVIII del artículo 50 de la Constitución Federal fechada el 4 de octubre del mismo año, el cual otorgaba al Congreso de la Unión facultad para elegir el lugar de residencia de los poderes federales.

Contra el establecimiento del D.F. en la Ciudad de México, José María Becerra argumentó que existían problemas específicos en la entidad como su sobrepoblación, la cual requería de atención puntual por parte de un gobierno propio razón por la cual proponía como mejor opción la Ciudad de Querétaro, mientras que a favor, Fray Servando Teresa de Mier adujo que la Ciudad de México era más defendible en términos militares, además de que en los hechos tradicionalmente se conformó como el centro político del país.

Desde entonces la falta de un gobierno propio, situación que persistió hasta el siglo XXI, determinaría la dinámica y condición del Distrito Federal. A partir de su creación, su desenvolvimiento histórico como centro político pero también posteriormente como foco comercial, económico y cultural del país se definiría por el desarrollo del país en su conjunto. Así, cuando la inestabilidad política del país fue la constante, la entidad siguió el mismo camino ante la lucha entre federalistas y centralistas:

Entre 1824 y 1853 el D.F. estuvo sujeto a cambios de diversa índole: modificaciones en su situación limítrofe, una desaparición temporal (entre 1836 y 1837 la Ciudad de México estuvo integrada al Departamento de México y el D.F quedó virtualmente desaparecido), abandono de su cualidad de capital federal durante un lapso del gobierno de José Joaquín Herrera en 1847, recepción de nuevos atributos políticos como la dotación de la capacidad ejecutiva al gobernador en turno (1848, durante el gobierno de Peña y Peña), desaparición del ayuntamiento de la Ciudad y eliminación de la capacidad electiva de sus habitantes durante el gobierno santanista de 1853, entre otros.²

² Álvarez Enríquez, Lucía. *Distrito Federal: Sociedad, Economía, Política y Cultura*. México, coedición UNAM-CIICH, 2005, p.88.

La discusión respecto de una nueva constitución para el país durante el congreso constituyente de 1856-1857 alentó otra vez el debate en torno a la calidad de estado soberano o tutelado del D.F., la coexistencia de poderes y las formas de representatividad de los ciudadanos en la entidad. La síntesis resultante se formalizó en el artículo 46 constitucional, que abrió la posibilidad para que se creara el Estado del Valle de México en el territorio que “en la actualidad comprende” el D.F. pero condicionando tal eventualidad al traslado de los poderes federales hacia otro lugar.³

Además, en los debates despuntaron desde ese momento los problemas que podrían suscitarse por el choque de autoridades locales y federales, así como respecto de la situación desventajosa de la entidad como fuente de ingresos para la federación.⁴

Por otra parte, el tema de los derechos políticos de los ciudadanos en la entidad se formalizó en el artículo 72, cuya fracción sexta facultó al

De esta manera, con las leyes constitucionales del 29 de noviembre de 1836, desapareció el D.F. y su territorio se incorporó al departamento de México (los departamentos se dividían en distritos y estos a su vez en partidos, manteniéndose los ayuntamientos) –artículo 3° de la sexta ley-. Mientras que con la restauración de la vigencia de la Constitución de 1824 tras el triunfo federalista de 1846, se previó en el acta constitutiva y de reformas del 21 de mayo de 1847 en su artículo 6° que la Ciudad de México fuese Distrito Federal y que tendría voto en la elección del presidente y senadores; en 1854 se fijó la superficie territorial del D.F., quedando dividida en ocho prefecturas centrales y tres exteriores. Para lo atinente a este párrafo véase Acosta Romero, Miguel Ángel. *Op. cit.*, pp. 656-658.

³ Las condiciones en que el Distrito Federal se erigiría eventualmente en estado se mantienen en el artículo 44 de la Constitución actual, con la adición de la especificación de su naturaleza: “La Ciudad de México es el Distrito Federal, sede de los Poderes de la Unión y Capital de los Estados Unidos Mexicanos”.

⁴ En cuanto al debate del constituyente resulta pertinente resaltar, por su actualidad como argumento respecto de la constitución de un estado autónomo, la disquisición que hizo el diputado Francisco Zarco: “la razón principal que tuvo presente la mayoría de la comisión para consultar la erección del estado del valle es la degradante tutela en que el Distrito, a pesar de sus elementos para existir por sí en cuanto a su régimen interior, se encuentra bajo el gobierno general”, aclarando que el problema de la tutela “no depende tanto de no tener el Distrito una organización de estado, cuanto de que es un axioma que en la sociedad del débil con el fuerte aquélla lleva siempre la peor parte, como de facto ha sucedido con el D.F., ya echando mano de sus rentas el gobierno general, ya ocupando otras que debían ser municipales”. En otro sentido, el diputado constituyente Ignacio Ramírez desestimaba el problema de colisión de autoridades si se comprendía bien, decía, la delimitación de funciones de las mismas. Citados por Álvarez Enríquez, Lucía. *Op. cit.*, pp. 89-90.

congreso general "para el arreglo interior del D.F., teniendo por base el que los ciudadanos elijan popularmente a la autoridades políticas, municipales y judiciales, designándoles rentas para cubrir sus atenciones locales". Asimismo, en su fracción quinta estableció como facultad del congreso cambiar la residencia de los supremos poderes federales. Sin embargo en 1901 se reformó la fracción VI a iniciativa del ejecutivo federal, por lo que el congreso quedo facultado simplemente "para legislar en todo lo concerniente al Distrito Federal y Territorios".

No obstante el cuadro anterior, en el que se observa una tenue tendencia hacia la representatividad en la vida político-electoral del D.F., la realidad nacional trastocó nuevamente los principios escritos, o, dicho en otras palabras, la necesidad de constitución real en el país como Estado se sobrepuso a la constitución escrita. Así, la centralización de poder que supuso el gobierno de excepción de Benito Juárez con su recurrencia a las facultades extraordinarias consagradas en el artículo 29 constitucional, tanto como el régimen que por la vía de los hechos y las armas llevaron a Porfirio Díaz a la presidencia, operaron en contra del desarrollo del régimen municipal en la capital y nulificaron el ejercicio de los derechos políticos de sus habitantes.

La inestabilidad para el ejercicio gubernamental obedeció en buena medida y desde el momento de su creación al cambio constante de su régimen interno y de sus divisiones territoriales. Para ese entonces, estas últimas dos condiciones adversas se convirtieron en una estrategia del gobierno central de Díaz con el fin de "restar autonomía y presencia política a los municipios".⁵ Con la ley de organización política y municipal (1903), el régimen interior del D.F. quedó supeditado a lo que dispusiera el Congreso

⁵ *Ibidem*, p. 91. De esta manera, por un decreto de 1908 el D.F. quedo dividido en seis prefecturas y el municipio de México, mientras que de acuerdo con la Ley de organización política y municipal del D.F. éste se conformó con trece municipalidades.

de la Unión; mientras que en lo administrativo, lo político así como respecto del régimen municipal se mantuvo bajo la égida del poder ejecutivo federal a través de la secretaría de gobernación.

Durante el porfiriato también se sentaron las bases de la futura centralidad del D.F. en materia económica: las vías de ferrocarril tenían en esta entidad su punto de llegada y salida, además de que la inversión en tanto en infraestructura eléctrica como en comunicaciones “generó las condiciones para el crecimiento de las manufacturas, los bancos, los servicios, el comercio y otros aspectos de la vida urbana”.⁶

En esta etapa se dieron los antecedentes remotos para la construcción del sistema de salud de la entidad, cuando en 1909 se edificó el primer puesto de socorro que en ese año atendió a 347 pacientes. Más adelante, ante la presencia de la mortalidad infantil en una urbe que apenas surgía con las subsecuentes obras de dotación para saneamiento, se construyeron doce hospitales infantiles en tan sólo seis años entre la década de 1950 e inicios de los años 60.

Una vez más el debate respecto del D.F. se alentó durante el congreso constituyente de 1917, en donde se discutió la organización del Estado. En esta ocasión, a diferencia de las pasadas coyunturas políticas el asunto de la sede se dio como algo dado (ya no se propuso cambiar los poderes federales a Querétaro como sucedió en 1824 y 1857).

La discusión se ubicó entonces en la forma de pertenencia de la entidad a la federación, así como respecto del perfil de su gobierno. El artículo 43 reconoció al D.F. como parte integrante de la federación, el 44

⁶ Teresa del Carmen Incháustegui, *La ciudad de México ante el cambio del modelo económico y ante la reforma política*, tesis de maestría, FCPyS-UNAM, México, 1994, p. 34. Citada por Álvarez Enríquez, Lucía. *Op. cit.*, p.66.

señaló que su territorio es el que “actualmente tiene”, para en seguida prever el caso de traslado de los poderes federales con lo que se constituiría en estado del valle de México, cuyos límites y extensión fijaría el congreso general.

Si bien se retomó el régimen municipal en el D.F. con 12 ayuntamientos de elección popular y uno más (la municipalidad de México) que estaría presidido por una comisión nombrada por el ejecutivo federal, la coyuntura política resultante de la Revolución Mexicana con su reacomodo de fuerzas signado por la lucha de facciones, explican en buena medida la dependencia centralista a la que se sometió su forma de gobierno, pues en la base segunda perteneciente a la fracción VI del artículo 73 constitucional se apuntó que el gobernador de la entidad sería nombrado y removido libremente por el presidente de la República, quien se ostentaba como la suprema autoridad administrativa, pero también lo era en el plano político en virtud de la misma facultad.

Aunque formalmente se instauró el régimen municipal, la lucha por estos espacios de poder entre las centrales obreras que prefiguraron la organización corporativa del actual Estado mexicano no permitió su desarrollo, asimismo otras fuerzas políticas también disputaron dichos ámbitos gubernamentales sin que existieran reglas del juego capaces de conducir institucionalmente la querrela, ni organizaciones sociales sólidas que mediaran en el conflicto. Todo ello condujo a

... una fuerte inestabilidad, a la dispersión de atribuciones y a una pérdida de control por parte del gobierno local (...) Los servicios públicos en la ciudad eran muy escasos y las condiciones generales de la urbe acusaban un palpable deterioro.⁷

⁷ *Ibidem*, pp. 92-93.

Frente a tal problemática, la centralización apareció nuevamente como la opción a seguir. La necesidad de orden que exigía el naciente régimen presidencialista mexicano junto con las aspiraciones políticas de los caudillos fraguados durante la lucha, llevaron al candidato a la presidencia ya reelecto para un nuevo periodo, Álvaro Obregón, a presentar en 1928 una iniciativa de reforma constitucional al Artículo 73, la que mediante su fracción IV suprimió el régimen municipal transformando los ayuntamientos en 13 delegaciones y dejó el gobierno de la ciudad directamente en manos del ejecutivo federal, quien lo ejercería por medio del Departamento del Distrito Federal.⁸

El jefe de dicho departamento, perteneciente a la Administración Pública Federal, era nombrado y removido directamente por el presidente de la República. Y si a ello se agrega la facultad del ejecutivo federal de aprobar a los delegados nombrados por el jefe del departamento (artículos 33 y 15 de las leyes orgánicas de la entidad de 1928 y 1984 respectivamente) por una parte, como una expresión del carácter presidencialista del sistema político mexicano caracterizado por el predominio remarcado de éste órgano de gobierno respecto del poder legislativo federal, al que por otro lado se le facultó para legislar (Artículo 74 constitucional) en lo referente a los aspectos particulares de la entidad, se puede decir que se canceló nuevamente la construcción de un sistema representativo en la entidad.

⁸ La reforma se concretó el 28 de agosto de 1928, cuando ya había sido asesinado el candidato reelecto, esto último acaecido el 17 de julio del mismo año. Posteriormente, durante 1941, en la Ley Orgánica del Gobierno del Distrito Federal (LOGDF) se establecieron 12 delegaciones y la figura de la Ciudad de México con el carácter de jurisdicción central, desapareciendo ésta última en la Ley Orgánica del Gobierno del D.F. de 1978. Previamente, mediante reforma establecida en el año de 1970 de la Ley Orgánica de 1941, se estableció la división territorial de la entidad en las 16 delegaciones que actualmente componen política y administrativamente al D.F.

El cuadro descrito muestra la estructura básica y formal del ejercicio del poder en el D.F. que permaneció fundamentalmente intocada hasta el primer lustro de la década de los 90, cuando se instituyó acotadamente una asamblea legislativa en la entidad dentro del marco del proceso de reforma política prohiado por la necesidad de legitimación del régimen priísta ante un contexto de crisis económica y retracción de la presencia Estado en dicho rubro, procesos ambos de los que surgió una sociedad más organizada y demandante. Pero también debido a las rupturas al interior del partido oficial, hecho éste último que fortalecería la presencia de una oposición organizada en partido político de carácter local, capaz de disputarle y finalmente de asumir el poder en la entidad.

Así pues, la centralidad política del D.F., explicada por la concentración que definió y determina todavía, aunque dentro de marcos más acotados, al sistema político mexicano, dieron como resultado la organización política de una entidad con caracteres singulares y excepcionales, de lo que resultó la carencia de un gobierno representativo ni mucho menos democrático a la par de la cancelación de los derechos políticos de sus ciudadanos.

5.2 El proceso de reforma política hacia la Ciudad de México. En las arenas movedizas de la negociación política y la necesidad de legitimación

Las transformaciones en el núcleo del poder político adquieren un cariz de proceso con antecedentes y consecuentes que tienen un peso importante respecto de los destinos de la vida pública. En su transcurso se pueden visualizar tanto los intereses como las diferentes concepciones políticas que se ponen en juego, además de la manera en que éstos trascienden hacia las

políticas públicas una vez que el proceso consigue algunas de las etapas que le dieron razón ser.

En el presente caso, los requerimientos de legitimidad del régimen político nacional frente a las crisis tanto política como económica y social, lo obligaron a dar cauce a un cambio pausado en la estructura jurídico-política del D.F., el cual siguió el ritmo de dichas necesidades pero en donde el papel de los grupos de la sociedad organizada y en particular de la oposición política también influyeron en su sentido, en su intensidad así como en su forma, determinando en última instancia el alcance del proceso.

5.2.1 Antecedentes

Hacia finales de la década de los 60, los signos de agotamiento de los planteamientos económicos del Estado mexicano, concomitantes con las manifestaciones de descontento que cuestionaron abiertamente el ejercicio del poder y que tuvieron su principal lugar de expresión en el D.F., condujeron al titular del ejecutivo federal (1970-1976) a plantear lo que se denominó la apertura democrática.

Para la entidad éste diseño se tradujo en la pretensión formal de abrir la estructura del Departamento del D.F. a la participación ciudadana a través de la creación, en 1970, del Consejo Consultivo Ciudadano así como de las Juntas de Vecinos.

En cuanto al primer órgano, concebido originalmente como un espacio de consulta con una visión sectorial, se integraba por representantes de los legisladores federales, agrupaciones profesionales y organizaciones de

burócratas entre otros. En 1973 se reformó el consejo para convertirlo en un espacio de representación vecinal que se constituiría mediante la elección popular. Sus facultades, establecidas en la Ley Orgánica del Gobierno del Distrito Federal (LOGDF), no se extendieron más allá de la consulta respecto de reglamentos, planeación urbana y servicios públicos.

Por lo que hace a las Juntas de Vecinos, éstas se organizaron a nivel delegacional con la mira puesta en que representaran los intereses de sus habitantes ante el consejo. La suerte de ambos no rebasó su significado originario, es decir, ser espacios oficiales que mediatizaron un tipo de participación ciudadana singular, selectiva y muy limitada en su alcance.

Frente a la complejidad inherente a la gobernación de una ciudad ya instalada como metrópoli, resultado de la conurbación iniciada en la década de 1940 pero carente de una organización para su gestión en el plano estructural-funcional a nivel delegacional, así como en lo referente a la legitimación de las decisiones adoptadas y su transmisión e implementación, el mismo modelo de participación continuó en operación hasta 1978, cuando se reformó la LOGDF con la intención de ampliarla así como de estructurarla de una manera más racional, administrativamente hablando. A la par de los organismos descritos se crearon dos nuevos con la finalidad de que organizaran la participación ciudadana, agregándola e integrándola en una especie de cuatro peldaños compuestos por igual número de organismos.

El consejo consultivo permaneció entonces como una instancia de consulta del jefe del departamento, era de carácter colegiado y quedaba compuesto por los presidentes de las juntas de vecinos (una por delegación) las que se integraban por un presidente, un secretario y tres vocales electos por asamblea; estaban formadas por los directivos de las asociaciones de residentes compuestas a su vez por los jefes de los comités de manzanas, siendo estos dos últimos organismos las novedades del cambio.

Las asociaciones de residentes existían una en cada unidad territorial ya fuese barrio, colonia o unidad habitacional, contaban con la facultad de nombrar a su mesa directiva la cual quedó constituida de manera similar a las de las juntas de vecinos, mientras que se consideró a los comités de manzana como la unidad básica de organización vecinal, mismos que estaban formados por los habitantes de cada manzana con una mesa directiva integrada por jefe de manzana, secretario y tres vocales.

Según la LOGDF, la naturaleza de dichos organismos en su conjunto fue la de "órganos de colaboración vecinal y ciudadana"; los integrantes de sus cuerpos de dirección serían elegidos a través del voto por un lapso de tres años sin que pudieran reelegirse para el período inmediato. Sus funciones, restringidas a la consulta, la información y la opinión, más la carencia de sustento social las condujeron a su inoperancia como instancias de representación ciudadana, pues el eje corporativo del sistema político determinaba las relaciones entre gobierno y sociedad.

La reforma de 1978 a la LOGDF incluyó la inserción de las figuras de la iniciativa popular y el referéndum. La primera de ellas configurada para que se iniciaran, modificaran e incluso se derogaran los cuerpos normativos que tuvieran que ver con el D.F., sin embargo ello no se materializaría de manera directa, pues en contrasentido con la naturaleza de dicha instancia democrática tenía que ser iniciada (léase convocada) por las autoridades competentes además de que debía contar con el apoyo de 1.6 millones de habitantes, 100 mil por cada delegación. Por su parte, el referéndum requería iniciarse por el presidente de la República o alguna de las dos cámaras federales, lo que lo hizo ineficaz al igual que la iniciativa popular, por las razones descritas.

De esta manera, los intentos gubernamentales para ampliar la representación de los ciudadanos del D.F. en aras de legitimar el ejercicio

del gobierno en este espacio local, estuvieron siempre determinados por las coyunturas políticas y económicas, lo que derivó en la carencia de un esfuerzo integral que materializara el contenido formal de sus propósito ante la falta de grupos organizados capaces de disputarle el poder al partido hegemónico tanto en el plano nacional como en el local.

Sin embargo, los motivos de tales medidas continuaron vigentes con la salvedad de que se hicieron más complejos, lo que aunado a una mayor presencia política de la oposición y a una sociedad que se fortalecía gradualmente, condujo a que en el futuro el proceso continuara en demanda de mayores y mejores espacios formales para la ciudadanía dentro del gobierno de la entidad.

5.2.2 Hacia la conformación de los órganos locales de gobierno, propios pero acotados

Una de las diferencias entre un sistema político autoritario y uno electoralmente democrático estriba en la forma en cómo se asume la oposición al ejercicio del poder por parte de determinados grupos.

En el segundo régimen mencionado la divergencia y el cuestionamiento tienen un canal de expresión que libera la tensión provocada por la diferencia y en última instancia el cambio del grupo en el poder por otro diferente queda abierto, mientras que el régimen autoritario reprime sistemáticamente, controla y en el mejor de los casos abre pausadamente su ejercicio para dar cabida a tales expresiones de descontento sin que por vocación acceda al co-ejercicio del poder. Únicamente en el momento en que no puede sostenerse más en su esencia, es cuando permite que esas expresiones fluyan y negocia su retiro parcial de

los espacios gubernamentales⁹ si antes no es derribado por la vía de los hechos.

En el caso mexicano, el grupo en el poder, adaptándose de manera pragmática a las coyunturas optó incluso de manera sincrónica y en diferentes grados por la represión, el control ejercido de forma sistemática a través del corporativismo, pero también en los momentos más álgidos de su cuestionamiento por la apertura negociada para compartir el poder.

De esta manera, frente a la crisis económica de los años 80, la competencia electoral que se recrudecía cuestionando cada vez más la otrora hegemonía priísta, más la ruptura con los empresarios derivada de la nacionalización de la banca, fueron, todos ellos, elementos que dispusieron un contexto nacional en el que el reclamo por la democracia electoral se hizo más fuerte.

A estos eventos se deben agregar dos más, por su trascendencia para el D.F. y el rumbo que finalmente siguió su reforma política: la ruptura al interior del PRI en 1987 en virtud tanto de la sucesión presidencial como de la confrontación ideológica interna, pues de las filas escindidas saldría el futuro grupo gobernante de la entidad. Así como el sismo de 1985 que evidenció la inoperancia de las instancias del DDF ante las crisis, además de que una de las consecuencias de éste último evento derivó en una experiencia organizativa generadora de expectativas, líderes, cuadros políticos y de posibilidades para la formulación de demandas ciudadanas, pero también para su autogestión.

⁹ Un estudio preciso del proceso de transición hacia la democracia puede encontrarse en: Lechner, Norbert. *Los patios interiores de la democracia*. Chile, FCE, 1990. Este autor sostiene que para llevar a buen puerto la transición democrática, la que en sus primeros pasos es incierta y lenta, hay que incorporar el pasado autoritario, teniendo siempre en cuenta que están latentes los riesgos de regresiones, además del consiguiente desencanto con los logros alcanzados.

En este marco contextual, el gobierno federal emitió una convocatoria en 1986 a nivel nacional para explorar la opinión ciudadana, planteamiento que en el D.F. se tradujo en una serie de “audiencias públicas de consulta para la renovación política electoral y la participación ciudadana en el gobierno del Distrito Federal”, cuyos puntos más destacados dentro del debate fueron la conformación de una entidad federativa y su municipalización, además de la creación de un congreso local así como el robustecimiento de la organización vecinal.

El planteamiento de la oposición unificada para tal efecto fue la creación de un estado, proyecto que no trascendió frente a la propuesta del PRI, partido que contaba con la mayoría legislativa suficiente para sacar adelante sus propuestas y quien programó la instauración de un congreso local con atribuciones limitadas.

Finalmente ésta última opción fue la que se siguió ante la impugnación de la oposición. Consecuentemente, en 1987 se creó la Asamblea de Representantes del Distrito Federal (fracción VI del artículo 53 constitucional) que se compondría por 66 representantes, 40 electos directamente por la población y 26 se asignarían por el principio de mayoría relativa.¹⁰ En su carácter de organismo deliberativo con atribuciones reglamentarias, contaba entre sus facultades con la de dictar bandos, ordenanzas y reglamentos de policía y buen gobierno, entre otros temas, en

¹⁰ En la actualidad el número de miembros, antes representantes (actualmente son diputados), es el mismo. En la composición de la ahora Asamblea Legislativa del D.F. opera por disposición del artículo 122 constitucional (fracción III de la base primera en su inciso C), la denominada cláusula de gobernabilidad, según la cual “al partido político que obtenga por sí mismo el mayor número de constancias de mayoría y por lo menos el treinta por ciento de la votación en el Distrito Federal, le será asignado el número de Diputados de representación proporcional suficiente para alcanzar la mayoría absoluta de la Asamblea”. Esta medida es abiertamente criticada por José Woldenberg pues, apunta, esa mayoría para gobernar hay que construirla y no decretarla (p.190). Véase, del autor: La reforma política del Distrito Federal en 1993. [pp. 180-194], en: Álvarez Enríquez, Lucía (coordinadora). *Participación social y democracia en la Ciudad de México*. México, coedición Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades- ediciones La Jornada, 1997. Este artículo ofrece un análisis agudo del significado y alcance de la reforma política de 1993 en la entidad. Algunos autores ubican dicha reforma en 1994, año en que se implementó.

materia de asistencia social, conservación del medio ambiente, abasto, agua y drenaje así como respecto de la vialidad y el tránsito.

El alcance limitado de la Asamblea se debió, además de que sus funciones no eran propiamente legislativas y decisorias, a que en los hechos quedo maniatada en virtud de su escaso margen de autonomía frente a las figuras ejecutivas del poder público, tanto del plano federal como en el local.

Sin embargo, representó un punto de paso en la transición hacia la conformación de un órgano legislativo local que permitió por sí mismo acumular experiencia en ese sentido, además de que se erigió en interlocutor de los grupos organizados de la sociedad para constituir, con todas sus limitaciones, un canal de expresión de la demanda social.

Asimismo, abrió acotadamente la competencia entre los partidos políticos quienes pretendían acceder a ese espacio con la finalidad de extender la cualidad del órgano hacia los ámbitos decisorios en un conjunto de temas diversos, entre los que se encuentran aquellos que tienen que ver directamente con las condiciones de salud en la entidad como son el manejo del erario, el medio ambiente, el tránsito, los servicios públicos y la asistencia social.

Con motivo de la primera elección de la Asamblea de Representantes, el PRI, partido que finalmente gobernó en la ciudad a través del regente (Manuel Camacho Solís)¹¹ designado por el ejecutivo federal en turno (1988-

¹¹ La forma de gobernar de un político tiene que ver en algún grado con su formación profesional. En materia de experiencia en el ejercicio público, los personajes que ganaron las elecciones para el puesto de jefe de gobierno del D.F., desde 1997 hasta 2006 salieron de las filas del PRI. Por ejemplo, el actual jefe de gobierno, Marcelo Ebrard Casaubón, se formó durante la regencia de Manuel Camacho Solís en la propia entidad: de 1989 a 1990 fue secretario general del PRI en el Distrito Federal, en 1989 fue director general del gobierno del Distrito Federal, en 1992 fue nombrado secretario general del entonces DDF y subsecretario de relaciones exteriores de 1993 a 1994. Todos estos cargos bajo el mando de Camacho Solís.

1994), obtuvo en 1988 solamente el 27% de la votación. En el ámbito local dicho escenario dejó al régimen descubierto del manto legitimador que proporcionan las urnas, de tal manera que debía justificarse a través de acciones de gobierno, más aún si se toma en cuenta que en el plano nacional se habló de fraude electoral para la elección presidencial.

A ello se debe agregar la problemática estructural de la entidad que padece concentración demográfica, además de la expansión continuada de la urbe, así como el incremento

...de la fragmentación y la segregación internas... causas que incentivaron (...) la marginalidad y emergieron nuevas condiciones ambientales, sociales y urbanas que han dado lugar a grandes problemas de la metrópoli (deterioro del medio ambiente, desempleo, aumento de la pobreza, inseguridad pública, insuficiencia de servicios, etcétera) en los últimos años.

¹²

Igual de importante fue el cambio de directrices económicas que instauró la administración federal en turno, orientadas hacia el exterior y que asumió, adoptándolas a la realidad mexicana con una presencia más acotada del Estado, el liberalismo como uno de los puntos de referencia a partir del cual se definirían las políticas públicas. Todo ello ubicó al D.F. en su carácter de centro del país como un...

... espacio de articulación de las realidades nacionales con la globalidad donde (...) los gobiernos locales, particularmente de las grandes ciudades, se hallan hoy entre las exigencias de la globalidad y las demandas de la ciudadanía.¹³

¹² Álvarez Enríquez, Lucía [2005]. *Op. cit.*, p.119.

¹³ Ziccardi Contigiani, Alicia. *Gobiernos locales: entre la globalización y la ciudadanía (reflexiones sobre las transformaciones recientes en el Distrito Federal [pp. 91-110]* en: Álvarez Enríquez Lucía (coordinadora-1997). *Op. cit.*, pp. 91-92. Para estas dos autoras, la globalización de tipo liberal no es el origen mismo de la pobreza pero sí la acentuó.

Dentro de este espacio local así conformado, en virtud de las privatizaciones se hace más evidente la presencia de poderosos grupos económicos y se retrae la presencia de los aparatos gubernamentales, lo que obliga a confluir a unos y otros en la gobernación local, de tal suerte que se incrementa el grado de complejidad para el ejercicio del gobierno, la cual es mayor todavía si se considera que aun falta incluir en la práctica de esa actividad republicana al grueso de la población que enfrenta los problemas mencionados: desigualdad y pobreza.

Para hacer frente a este panorama, la gestión de Camacho Solís partió de la proposición de que la ciudad no era un espacio agotado; convocó a los grupos organizados para consultarlos y emprendió un enfoque metropolitano para la atención de los problemas de la urbe, se atraieron inversiones mediante obras públicas, proyectos comerciales y financieros a la par de que intentó paliar los efectos de las privatizaciones ante una sociedad desigual y empobrecida, mediante subsidios para los servicios públicos.

En el plano económico destaca el hecho de que durante esta administración se logró recomponer la situación financiera del gobierno, hecho que trascendió tanto en el espacio temporal como en el ámbito político, pues dotó a las subsiguientes administraciones del sustento material (dinero) para implementar sus propias políticas.

Como consecuencia de ello, los resultados electorales de 1991 en la entidad arrojaron signos de recuperación para el PRI, partido que logró el 42% de los votos, hecho que lo reubicó como un actor nuevamente legitimado dentro del proceso de reforma política en la entidad, con capacidad para conducirla institucionalmente después de que como ya se apuntó arriba, había quedado en entredicho su papel como tal desde 1988.

Así, en 1992 el regente propuso a la ARDF los términos generales de una reforma en torno a la formación de un gobierno propio para la entidad; en consecuencia se convocó a audiencias públicas para celebrar una “mesa de concertación para la reforma política del D.F.” en la que nuevamente se discutieron la erección del estado 32, la elección directa de las autoridades capitalinas y la transformación de la ARDF en órgano legislativo.

Sin embargo el partido oficial, con mayoría en el congreso de la unión para determinar en última instancia el sentido de la reforma además de que estaba fortalecido en la entidad con los resultados electorales de 1991, limitó el alcance de la misma a una reconfiguración de las facultades de los órganos tanto federales como locales para la gobernación en el D.F., las cuales se harían explícitas mediante el estatuto de gobierno cuya elaboración y aprobación correspondería al congreso federal.

La reforma aprobada en septiembre de 1993 se implementó en 1994 para el caso de la ARDF, en 1995 respecto de la elección de los consejos ciudadanos delegacionales y hasta 1997 en cuanto a la configuración de los tres órganos de gobierno locales, de lo cuales el jefe de gobierno sería elegido por el ejecutivo federal entre los candidatos electos que fuesen integrantes del partido que obtuviera la mayoría en la asamblea, mientras que los magistrados del tribunal superior de justicia local serían propuestos por el jefe de gobierno y ratificados por la asamblea.

Por lo que hace al naciente órgano parlamentario, se le otorgaron más facultades legislativas aunque no todas las que corresponden a un congreso local de los 31 que integran el poder público en los estados, por ejemplo se le limitó en lo referente a una de las funciones básicas del gobierno como es la hacienda pública al estipular en el artículo 122 constitucional que el congreso federal legislaría en materia de deuda pública del D.F., pero sobre todo el congreso federal se reservó la aprobación y expedición del

documento básico que creaba y organizaría al gobierno de la entidad¹⁴, además de que legisla desde entonces en lo relativo al D.F., con excepción de las materias conferidas a la asamblea.

Lo mismo sucedió con el jefe de gobierno, a quien no llegaría a nombrar el ejecutivo federal como se había estipulado originalmente en la reforma de 1994, pues el PRI intentó negociar con la oposición su elección directa a cambio de postergar para 1997 la votación de los consejeros ciudadanos¹⁵ prevista para 1995, pues estos órganos contarían con facultades de gestión, supervisión y evaluación de las acciones gubernamentales. Lo anterior ante las dificultades económicas que se le presentaron a la nueva administración federal (1994-2000) en lo que se dio en llamar el “error de diciembre” y frente a la volatilidad de la preferencia electoral verificada en el D.F.¹⁶

Ante la negativa de la oposición y al contar todavía con la mayoría necesaria en las cámaras el PRI sacó adelante la reforma de 1997, de tal

¹⁴ El Estatuto de Gobierno del Distrito Federal se publicó en el DOF el 26 de septiembre de 1994 y se reformó para desplegar la fisonomía que actualmente tiene el gobierno de la entidad el 4 de diciembre de 1997, con la acotación de que la reforma de 1994 quedó determinada nuevamente por la coyuntura, en este último sentido Rosa María Mirón Lince apunta (p. 168): “De nuevo, en esta ocasión se hizo una reforma para y a la medida de la siguiente elección, con todas las limitaciones que ello implica”. Véase, de la autora: “La Recomposición de las fuerzas político-electorales en el Distrito Federal”. *Revista Estudios Políticos*, cuarta época, No. 21, mayo-agosto de 1999. México, UNAM-FCPyS. pp. 161-186. En materia de deuda pública y desde 1994, es el congreso de la unión quien aprueba anualmente los montos de endeudamiento, según consta en la actual fracción II del artículo 24 del estatuto.

¹⁵ Ante la negativa de la oposición para negociar el punto, el PRI sacó adelante la reforma, “ciudadanizando en extremo” la elección de los consejos, con lo que dejó fuera a los partidos políticos al negarles la presentación de candidatos a esos puestos, lo que, aunado a la desinformación respecto de los consejos (habría uno por cada delegación) y con impugnación de irregularidades en la jornada electoral, derivó en una participación del 20% del padrón, en una entidad caracterizada por su alta participación electoral, véase: Peschard, Jacqueline. *La reforma política del Distrito Federal después de 1994* [pp.215-233], en: Álvarez Enríquez, Lucía (coordinadora-1997). *Op. cit.*, pp. 223-225.

¹⁶ *Ibidem*, p. 223. De 1988 a 1997 las preferencias electorales para el nivel federal mostraron el siguiente comportamiento en la entidad, respecto del PRI y la oposición respectivamente: en 1988, 27.6% y 72.4%; 1991: 46.2% y 53.8%; para 1994, 40.6% y 59.3%, mientras que en 1997 el PRI obtuvo 23.6% de las preferencias electorales por un 76.4% de la oposición.

forma que al jefe de gobierno a quien se elegiría mediante sufragio universal, libre y directo quedaría limitado, aunque en buena medida sólo virtualmente en función de la fortaleza y legitimidad que le dieran los votos, en una de las tareas básicas del gobierno (igual que la asamblea) pues se estipuló que correspondía al ejecutivo federal el mando de la fuerza pública en la entidad y la designación del servidor público que la tenga a su cargo como lo estipula el artículo 34 del Estatuto de Gobierno del D.F., reformado el 4 de diciembre de 1997.

Pero para los fines de limitación dentro del régimen singular que priva en el D.F., es la figura de remoción del jefe de gobierno, facultad que se reserva al senado de la República e incluso a la comisión permanente y cuyo sustituto nombrará en su caso el propio ejecutivo federal¹⁷, la que de manera más latente muestra el carácter todavía restringido y único del gobierno de la entidad por lo que hace a su órgano ejecutivo.

Entre los temas que sí se abrieron para ser tratados por el gobierno local, aunque siempre dentro de los marcos de una estructura federal fuertemente centralizada¹⁸, destaca para los fines de esta investigación el de

¹⁷ Ver artículos 27 y 32 fracción I del propio estatuto, reformados en 1997. Esta figura de remoción es diferente del caso en que el senado nombra a algún gobernador de los estados, previa declaración de desaparición de los poderes en el estado de que se trate, y cuya designación se hará de entre una terna propuesta por el ejecutivo federal. En ésta última figura consagrada en el artículo 76 constitucional se requiere, para el nombramiento del gobernador interino, la presunción de que no hay poderes en la entidad que lleven a cabo el ejercicio de gobierno y en todo caso, el así nombrado lo será para efectos de que convoque a nuevas elecciones. Mientras tanto, para la remoción del jefe de gobierno los requisitos son más holgados: “*por causas graves que afecten las relaciones con los Poderes de la Unión o el orden público en el Distrito Federal*” (artículo 27 del estatuto), a solicitud de la mitad del senado o de la comisión permanente, cuya apreciación, tanto respecto de la gravedad como en lo referente a las relaciones problemáticas y el orden público en cuestión queda en manos alternativamente de dichos órganos en atención a cuál de ellos esté sesionando en el momento en que se pueda presentar la relación o el hecho conflictivo.

¹⁸ Según el artículo 40 constitucional es voluntad del pueblo constituirse en una República federal... sin embargo la historia del país, su constitución real, está determinada por un fuerte centralismo, aún en la actualidad; al respecto véase: Cabrero, Enrique (coordinador). “Claroscuros del nuevo federalismo mexicano: estrategias en la descentralización federal y capacidades en la gestión local.” *Gestión y política pública*, vol. VI, número 2, segundo semestre de 1997. México. CIDE, pp. 329-387.

la salud, pues desde 1994 se facultó a la asamblea (artículo 72 del estatuto) para normar la salud, así como la asistencia y la previsión sociales (fracción XIII) además de que desde entonces tiene competencia en asuntos públicos directamente relacionados con la salud, tales como la iniciativa de leyes (fracción VIII) y legislar en materia de organización de la administración pública local (fracción XI).

Asimismo, puede hacer observaciones al programa general de desarrollo que le envíe el jefe de gobierno (fracción V), legislar en las siguientes materias: medio ambiente, uso de suelo, protección ecológica y vivienda (fracción XIV), además de que regula respecto de la prestación así como en lo relativo a la concesión de servicios públicos (fracción XV), aunado ello puede expedir normas para el fomento cultural, cívico y deportivo (fracción XVI).

No obstante lo anterior, el gobierno local también vio acotado su campo de acción en lo que a política de salud se refiere, pues en el artículo 44 del estatuto se estipuló desde 1997 que las leyes expedidas por la asamblea en materia de salud, educación, asentamientos humanos, protección al ambiente, preservación y restauración del equilibrio ecológico se sujetarían a lo dispuesto en la leyes aprobadas por el congreso general en esas temáticas.

En cuanto al jefe de gobierno, cuyas facultades se establecieron en el artículo 67 del estatuto, cuenta con la potestad de iniciar leyes (fracción I) así como con la reglamentaria (fracción II), designa y remueve libremente a los titulares de las dependencias de la administración pública local (fracción V), además de que presenta el programa general de desarrollo de la entidad (fracción XVI), el cual contiene las líneas generales que sigue el programa de salud.

De esta manera, la política de salud en la entidad así como la facultad de actuar en los temas que de manera objetiva determinan, entre otros, al campo de la salud tales como contaminación (fracción XXVII, inciso c del mismo artículo), el manejo del erario (fracción XXIV) y el desarrollo urbano (fracción XXVI) quedaron en manos del ejecutivo local, elementos todos ellos con los que se implementan las políticas públicas atinentes en la materia.

Esta nueva ordenación institucional para el ejercicio del gobierno en la entidad, junto con una sociedad más organizada y demandante, aunado al vuelco electoral que llevó al Partido de la Revolución Democrática (PRD) a ganar por un amplio margen la elección de 1997 en la capital del país¹⁹, todos estos elementos prefiguraron un nuevo tipo de mercado o competencia político-electoral en el que desde luego y debido a la trascendencia del D.F. en el plano nacional, las políticas públicas de corte social jugarían un papel importante para la definición del voto tanto en el plano local como en el federal, pues en la naturaleza de dichas políticas redistributivas está el que van dirigidas a los grupos menos favorecidos en un contexto de pobreza y de desigualdad crecientes.

¹⁹ El D.F. fue la primera entidad que ganó el PRD; el desenvolvimiento electoral de este partido en el plano local muestra una evolución favorable conforme avanzaba la reforma política, pues si en la elección de 1991 alcanzó el 12% de la votación, en 1994 casi se duplicaron las preferencias a su favor al lograr el 21% y finalmente en 1997 obtuvo el 45% de la misma, ganando 38 de los 40 distritos electorales y alcanzando la jefatura de gobierno con 48.1% de los votos. Las hipótesis que pueden explicar el holgado triunfo del PRD son: la crisis económica, el voto de castigo en contra de un régimen que había cercenado a los habitantes de la entidad sus derechos políticos en el plano local, más el descrédito en el que se ubicaba a sus personajes más visibles, otra es la figura del candidato ganador (Cuauhtémoc Cárdenas) y una más puede ser “la tradición electoral opositora” al partido entonces oficial en la entidad, pues “desde siempre, el desempeño del PRI en el D.F. ha sido inferior a su actuación nacional”.

La referencia en cuanto a la tradición opositora de los votantes capitalinos es de Mirón Lince, Rosa María. *Op. cit.*, p.172. Mientras que los datos numéricos están en otro artículo de la misma autora: “El comportamiento electoral en el Distrito Federal”. En *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, año XLIII, num.172, abril-junio de 1998. México, UNAM-División de Estudios de Posgrado de la FCPyS. pp. 113-122.

En síntesis, el transcurso de la reforma política del D.F., todavía vigente en la agenda pública aunque con oscilaciones respecto de su ponderación y discusión hacia la construcción de un estado federado, tiene un significado específico como punto de paso en la también inacaba transición democrática del país.

En esta medida el proceso cambió tanto la forma como el fondo de las relaciones entre gobierno y sociedad en el plano local, destacando entre éstas y para los fines propios de la investigación en curso el tema de la salud, en cuyo tratamiento por parte de los grupos gobernantes se pondrían en juego distintas opciones, moldeadas paralelamente por las preferencias electorales así como por la concepción ideológica de la política de salud, lo que determinaría, como se vera más adelante, la implementación del seguro popular en la entidad.

Es así como la política de salud que se gestaría e implementaría en la entidad encontró en la reforma política del D.F. y sus resultados inmediatos en las urnas, la fuente de la que brotaron tanto el marco institucional que le dio vida formal, así como la concepción de la salud que orienta su sentido y en buena medida su alcance.

5.3 Las condiciones de salud en el Distrito Federal y el perfil socioeconómico de la entidad como su explicación causal. Contrastes, modos de vida; formas y espacios de sobrevivencia

Una primera aproximación al concepto condiciones de salud tiene que ver con las amplias y variadas formas de vida que inciden en ella, como se señaló en su oportunidad. Sin embargo, la categoría "formas de vida" es muy genérica y entre ellas existen unas que determinan más directamente

que otras los procesos de salud-enfermedad de un grupo social determinado. Procesos que, por otra parte, también asumen una gran diversidad en la medida que su pluralidad se expresa precisamente en distintos tipos de enfermedades así como en el número de casos en que éstas se presentan.

Dimensionadas de esta manera, cuando se hace referencia a las formas de vida que inciden en la salud, en realidad se está hablando de aquellos factores socioeconómicos que determinan los niveles de vida.

Conceptualmente, dichos factores se traducen en condiciones de vida y expresan su calidad, en la medida exacta que funcionan como las causas próximas que permiten identificar las razones o motivos de que se viva o sobreviva de tal o cual manera (lo que remite a las condiciones de vida), pero también de que se tome conciencia de este hecho expresándose en la satisfacción o su ausencia respecto del nivel de vida con que se cuente, lo que conduce a la noción calidad de vida.²⁰

²⁰ Las condiciones de vida están "relacionadas a la dimensión espacial de la ocupación del espacio urbano y rural, a la densidad poblacional en las periferias urbanas, a las condiciones de alimentación, habitación, saneamiento, transporte y medio ambiente, entre otros. Así mismo hace referencia a la diferencia entre condiciones de vida que como se aprecia son relativas a las condiciones materiales para la subsistencia, y los *estilos de vida* son referidos a las formas sociales y culturalmente determinadas de vida. Ambas dimensiones son *condiciones de existencia* que caracterizan el *modo de vida* que es la categoría más general que abarca las condiciones básicas de subsistencia y aspectos de comportamiento de la naturaleza socio-cultural de los individuos". Ver: Benítez Ampudia, José Carlos. *Consideraciones biológicas y sociales en torno a la calidad y condiciones de vida como determinantes de la salud enfermedad*. En página web denominada ciudad virtual de antropología y arqueología, sección recursos de investigación, dirección: http://www.naya.org.ar/congreso_2002/ponencias/carlos_benitez.htm; snp, consultada el día 12 de noviembre de 2008.

Mientras que "la calidad de vida es concebida como la resultante de la salud psicosomática de una persona (evaluada objetiva o intersubjetivamente) y del sentimiento (subjetivo) de satisfacción"; al respecto ver: Brañes, Raúl. *Op. cit.*, p. 26.

Luego de revisar a varios autores en cuanto a éste concepto y su relación con la salud, Benítez Ampudia [*Op. cit.*] adelanta la siguiente conclusión: "no queda claro si la salud se subsume a la calidad de vida; o si ésta es determinante de la salud/enfermedad o más aún, si todas ellas son sinónimos. Lo que si (sic) queda claro es que cada investigador ha desarrollado su propia concepción de lo que es la calidad de vida relacionada con el fenómeno del proceso de salud-enfermedad".

Si bien es cierto que la línea que delimita los conceptos condiciones y calidad de vida por un lado y de estos dos respecto de las condiciones de salud por el otro se mantiene porosa, serán los procesos de salud-enfermedad enmarcados e interpretados por su contexto social más amplio los que permitirán aprehender (entender, fijándolos como objeto de estudio) los condicionantes de la salud en el Distrito Federal, aunque en esta relación siempre cabrá una serie de matices que tienen que ver con la integralidad en cuanto al estudio de tales procesos a partir de las tasas de mortalidad y morbilidad, que es la práctica más utilizada por los estudiosos en la materia.

Antes que nada resulta necesario puntualizar que “entre las condiciones de vida y los problemas de salud se interponen un conjunto de recursos individuales y colectivos”²¹. Son precisamente esos recursos, su ausencia e insuficiencia los que permiten hacer una representación de las condiciones de salud de una población pues, aunque en un plano agregado, mostrarán cuáles son los factores que determinan el nivel de salud de una colectividad y el de los grupos que la componen, al mismo tiempo que permiten identificar las causas que los conducen tanto a enfermar como a morir.

Aspecto, éste último, trascendental para el análisis ya que si bien de manera parcial, permite salir al paso de la crítica que pertinentemente se endereza contra la utilización de las tasas de morbilidad-mortalidad como una “radiografía” del estado de salud colectiva, referente a que únicamente toman en cuenta el segundo aspecto del proceso salud-enfermedad.²² Lo

²¹ Córdova, A., Leal, Gustavo y Martínez, C. (1989). *El ingreso y el daño. Políticas de salud en los ochenta*, México, UAM-X. Citados por Martínez Salgado, Carolina. Aspectos metodológicos para el estudio de la morbilidad por encuesta en comunidades pobres urbanas [capítulo 15, pp. 525-537] en: Scheingart, Martha (coordinadora). *Pobreza, condiciones de vida y salud en la Ciudad de México*. México, edición del Colegio de México, 2002, 1ª reimpresión, p. 526.

²² En esta dirección se pronuncian, por ejemplo: López Acuña, Daniel. *Op. cit.*, pp. 93-94 y Brañes, Raúl. *Op. cit.*, pp. 631-632. Ambos autores llaman la atención sobre la necesidad de refinar la investigación para que las tasas de mortalidad y morbilidad representen de mejor manera los niveles de salud de la población,

cual por otra parte es verdad sólo parcialmente, pues el estudio de los factores de riesgo que acompañan a las principales causas de muerte y enfermedad se relacionará con las condiciones de salud aunque lo hará más directamente con los estilos de vida.

No obstante lo anterior, estas dos últimas categorías (estilos de vida-condiciones sanitarias) encuentran su principal punto de contacto en el nivel cultural y educativo (recurso colectivo entendido como condición de salud) de la población que se estudie.

En cuanto a las tasas de mortalidad como punto de referencia para definir las prioridades de la atención institucional en salud, una de las observaciones que pertinentemente se dirige en su contra es que con su utilización se privilegian las enfermedades en edades avanzadas, mientras que si se utiliza como guía para el mismo efecto los años de vida potencialmente perdidos se da preferencia a las enfermedades acaecidas en edades tempranas.

Ante tal dilema el BM y la OMS propusieron como indicador los años de vida saludable perdidos (avisa), mismo que fue retomado y aplicado en México con oportunidad de su propuesta de reforma al sistema de salud en 1994, por el equipo que diseñó e implementó el SP.

Aunque es verdad que el uso de los avisa perdidos permite distribuir mejor el peso de la enfermedad entre los grupos etáreos, lo hace a costa de las enfermedades letales al tiempo que desplaza el punto de atención hacia los grupos de edad más numerosos del país en la actualidad como son los

pero no dejan de utilizarlas, en el primer caso matizándola con un análisis por edades, o de reconocerlas como una aproximación de acuerdo con el segundo autor. En el mismo sentido crítico, Asa Cristina Laurell, además del análisis de las tasas de mortalidad por grupos etáreos, agrega su puntualización por periodos temporales y por causas específicas de muerte para ubicarlo dentro de su contexto socioeconómico más amplio. Ver de la autora (2001): *Op. cit.*, pp. 69-72.

adultos jóvenes, lo que involucra al sector más productivo en términos económicos. Lo anterior deriva del dimensionamiento de la salud y la enfermedad como procesos con repercusiones económicas en términos de la producción nacional.

En realidad y al igual que los otros dos indicadores, la utilización de los avisa para jerarquizar las intervenciones en materia de salud no esta exenta de ambigüedades. Por ejemplo, para que ofreciera un cuadro más acabado de los problemas de salud se requeriría de mayor exactitud en el registro de la morbilidad, pues las principales enfermedades causantes de años de vida saludable perdidos se ubican en los padecimientos transmisibles, ante lo cual habría que valorar el número de eventos no registrados por diarreas o los debidos a problemas respiratorios leves, por ejemplo.²³

Así, y dada la trascendencia del diagnóstico a través de la utilización de indicadores que buscan determinar las necesidades de salud con las consiguientes intervenciones que requiere la población en su conjunto, ante la parcialidad tanto de los avisa perdidos como de la tasas de mortalidad y

²³ Frenk Mora, Julio José y otros (1994). *Op. cit.*, pp. 30-31. Mediante la utilización de los avisa, en esta obra (p. 131) se encuentra que las enfermedades con mayor peso en el país son las transmisibles, que junto con las de la reproducción y de la nutrición representan el 66% de avisa perdidos, mientras que las no transmisibles responden por 27% y las lesiones por 7% de los mismos. Más adelante (p. 154) se hace un comparativo de las enfermedades más prevalentes en el país contrastando, pero sin ponderarlas, las tasas de mortalidad, los años de vida potencialmente perdidos y los avisa como criterios que determinan las necesidades de salud y, derivadas de éstas, la determinación de las intervenciones a prestar.

Los avisa como indicador tienen un antecedente próximo: los años de vida ajustados por discapacidad, también elaborado por el BM. Una crítica a la utilización de los años de vida como criterio para fijar prioridades en salud es elaborada por Asa Cristina Laurell, quien en el segundo caso señalado apunta que son elegidos porque conducen a intervenciones de bajo costo; en el plano teórico la principal limitación que encuentra la autora es que se fundamentan “en una concepción monocausal (...) científicamente obsoleta” y que se privilegian acciones dirigidas a la población más productiva ponderando criterios ajenos al concepto, mientras que su deficiencia técnica tiene que ver con la ausencia de “información necesaria para cuantificar la discapacidad provocada por cada una de las enfermedades”. Ver, de la autora: “La globalización y las políticas de salud” [pp. 39-50] *Nueva Época, Salud Problema*, Año 3 número 4, junio 1998, México, publicación de la UAM, pp. 41-42.

de los años de vida potencialmente perdidos, falta todavía la construcción de una fórmula o indicador que pondere los tres más cabalmente.

Cada uno con sus ventajas y desventajas es capaz de orientar las acciones para la atención de la salud, con la arista de que de antemano se conoce que los costos de las intervenciones variarán de optar por uno u otro, elevándose en el caso de las tasas de mortalidad y reduciéndose en contrapartida con los años de vida perdidos en sus dos expresiones.

Con todo, su mejor posición respecto del registro de eventos además de su amplia utilización en la investigación académica y gubernamental para la elaboración de políticas, ubica al estudio de la mortalidad como un primer acercamiento que no se puede soslayar a modo de punto de partida en la medida que a través del señalamiento de sus limitantes se abre el camino hacia la identificación de las condiciones salud.

Además, el estudio de los avisa también apunta hacia tales condiciones, pues como se desprende de su aplicación para el caso de México, son mayores los años de vida saludable perdidos en las zonas más pobres y marginadas²⁴, de tal manera que si se elabora la pregunta ¿Por qué? Los condicionantes sanitarios reclamarán un lugar en el análisis para elaborar las respuestas tentativas.

²⁴ Frenk Mora, Julio José y otros (1994). *Op. cit.*, pp. 126, 139 y 152. De una manera más clara y luego de su experiencia como secretario de salud de México, Julio Frenk sostiene: “Una realidad que con frecuencia se pasa por alto en la búsqueda de la equidad es que los problemas que sólo afectan a los pobres, como muchas infecciones comunes y la desnutrición, ya no son los únicos problemas de los pobres, quienes también muestran las tasas más elevadas de muchos padecimientos no transmisibles, trastornos mentales, violencia, tabaquismo, obesidad y otros factores de riesgo.” Del autor: *Op. cit.*, [2007], p. 16.

La evolución de las principales causas de muerte en el Distrito Federal entre los años de 1980 a 2000²⁵, considerando una tasa de casos por cada 100 mil habitantes queda como sigue:

Cuadro No. 5
Las diez principales causas de muerte en el D.F.

<i>Orden 2000</i>	<i>Causas de muerte</i>	<i>1980</i>	<i>1990</i>	<i>2000</i>	<i>% Total de muertes 2000</i>
1	Enfermedades del corazón [Enfermedades isquémicas del corazón]	66.0 30.8	89.1 57.2	99.4 67.2	18.99 12.84
2	Diabetes mellitus	36.7	54.7	73.2	13.99
3	Tumores malignos	49.3	64.2	70.4	13.45
4	Enfermedades cerebrovasculares	25.3	29.6	32.6	6.23
5	Enfermedades del hígado	38.2	33.6	30.3	5.79
6	Accidentes	47.9	34.3	24.3	4.64
7	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	18.1	27.6	18.1	3.45
8	Influenza y neumonía	50.1	25.4	14.6	2.79
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	2.0	9.9	13.3	2.54

²⁵ Son necesarias las siguientes precisiones para entender el contenido del cuadro: los datos completos de la ficha son: Gobierno del Distrito Federal. *Programa de Salud 2002-2006*. México, Secretaría de Salud del Distrito Federal, versión de la página www.salud.df.gob.mx, p. 6 [Originalmente publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal [número 114] el día 22 de agosto de 2002, pp. 73-107]. Los porcentajes respecto del total de muertes se calcularon de acuerdo con las cifras establecidas en el mismo. Se toma como referencia los datos correspondientes al año 2000, pues son los que se utilizaron en el diagnóstico para la elaboración de la política sanitaria en la entidad y en virtud de que son también los que representaron parte importante de los problemas de salud que enfrentaría el seguro popular localmente. Además, si se comparan con las cifras de 2006 se puede ver que no hay variaciones significativas, ya que de acuerdo con la página de la dependencia capitalina [enero de 2009] las seis principales causas de muerte para aquel año en comparación con las del año 2000 eran las mismas, mientras que la causa enfermedades pulmonares obstructivas crónicas pasó del lugar 9° en 2000 al 7° en 2006, recorriendo para el mismo periodo del 7° al 8° y del 8° al 9° lugar respectivamente a ciertas afecciones originadas en el período perinatal y a la influenza y neumonía; por otra parte, la insuficiencia renal pasó del sitio 11° al 10° desplazando a las malformaciones congénitas, deformidades y anomalía cromosómicas.

La relación mortalidad-morbilidad es retratada pertinentemente por Daniel López Acuña [*Op. cit.*, p. 93] cuando afirma: (...) “la muerte es la expresión más extrema de los daños a la salud”.

Capítulo 5
Condiciones de salud y política sanitaria en el Distrito Federal

10	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	16.6	13.9	10.6	...continúa cuadro 2.02
Total de muertes por tasa:		564.4	543.3	523.2	
(Incluye todas, y no sólo las diez mencionadas)					

Fuente: *Programa de Salud 2002-2006*. México, Secretaría de Salud del Distrito Federal, versión de la página www.salud.df.gob.mx, p. 6.

Un primer dato que resalta es que la mitad de las muertes (52.66% sumando las primeras cuatro causas), corresponden a las enfermedades crónico-degenerativas, mismas que se asocian con los hábitos de consumo, estilos de vida, forma e intensidad ocupacionales propios de una sociedad urbanizada, además de que se presentan con mayor incidencia entre más se avanza en la edad. Su tratamiento es costoso, en sus inicios no presentan manifestaciones clínicas, son de lenta evolución y generalmente letales.

En virtud de la interpretación interrelacionada de dichas particularidades, desde la perspectiva de la disciplina conocida como salud pública se recomienda implementar medidas preventivas para abatir su presencia en la morbilidad y la mortalidad de las sociedades.²⁶

En otras palabras, de lo que se trata de acuerdo con esta perspectiva es de actuar sobre los factores de riesgo que propician su aparición y evolución, obviando que esa población susceptible de enfermar no es homogénea, además de que las diferencias económicas y culturales existentes entre los grupos que la conforman también pesarán en la

²⁶ Por ejemplo, léase el capítulo 16 Prevención de padecimientos de evolución prolongada [pp. 307-325] en: Álvarez Alva, Rafael. *Salud pública y medicina preventiva*. México, Editorial el manual moderno, S.A. de C.V., 2ª edición, 1998, pp. 307 y ss. Esta línea se establece como directriz tanto en el Programa Nacional de Salud 2002-2006 (pp. 22, 44, 58, 72 y 119) como en el Programa de Salud 2002-2006 del Gobierno del Distrito Federal, aunque en éste último aparece menos mencionada, ubicándola dentro del Modelo de Atención Ampliada de Servicios de Salud que pretendió construir un sistema de salud en el D.F. (p. 23).

efectividad e implementación de las acciones provisorias, temática de la que se ocupa más ampliamente la medicina social, entre otros, con conceptos como el de condiciones de salud.

Pero como se sugirió arriba, el análisis de los factores de riesgo permite identificar una parte de las relaciones sociales de las que brotan.

Por ejemplo, "el estrés", asociado con las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares y la diabetes, encuentra su marco explicativo si se considera que el D.F. es el territorio más densamente poblado del país al contar en el año 2000 con 8, 605,000 habitantes coexistiendo en una superficie de 1,485 Km₂, lo que arroja una densidad cercana a los 5,800 habitantes por km cuadrado²⁷ (la más alta del país que en promedio alcanza 53 personas por Km₂).

Ello sin considerar aproximadamente 4 millones de población flotante que sin vivir en la demarcación desempeña sus tareas cotidianas en ella (por ejemplo, en el año 2000 el GDF estimaba que el 23% de los pacientes hospitalizados en el D.F. no residían en la capital sino en los municipio circunvecinos).

Asimismo es uno de los más contaminados del mundo (la ciudad más contaminada del planeta en 1992 según la OMS)²⁸; cuenta con altas

²⁷ Sin embargo ésta es una cifra "ideal", pues hay zonas más densamente pobladas que otras al interior del D. F. Sólo así se explica el dato de que de las 1,352 unidades territoriales en las que la administración 2000-2006 del GDF dividió a la entidad para fines de aplicación de la política social, 118 de ellas ubicadas "fundamentalmente en las delegaciones de Iztapalapa, Cuajimalpa, Álvaro Obregón, Iztacalco y Gustavo A. Madero" se observe "una densidad de población superior a los 20 mil habitantes por kilómetro cuadrado". Ver: Laurell, Asa Cristina y otros. *La exclusión en salud en el Distrito Federal: Caracterización. Informe final*. México, Secretaría de Salud del Gobierno del DF-Organización Panamericana de Salud (OMS), 2004, p. 37.

²⁸ La principal enfermedad manifestada por los más pobres en el D.F., encuestados en dos trabajos diversos estuvo vinculada con las afecciones respiratorias, mismas que están relacionadas con el clima, la contaminación y la transmisión o infección de persona a persona, con valores que van del 79% según la

concentraciones de ruido que alcanzan los 100 decibeles en el metro, por ejemplo, cuando el límite superior deseable recomendado por la OMS no debe exceder los 50 decibeles al aire libre, además de que las exigencias laborales que implica ser un mercado tan competido tensan a los sujetos expuestos a ellas; tanto como lo hará, por otra parte, la falta de empleo y el empleo en la informalidad con la inseguridad que representa para más de la mitad de los capitalinos.

Dos factores de riesgo, asociados entre ellos mismos como potenciadores y que están presentes en las enfermedades cardiovasculares que engloban a las isquémicas del corazón y a las cerebrovasculares, así como en la predisposición a la diabetes, son una dieta rica en lípidos y carbohidratos que conduce a la obesidad²⁹ más la vida sedentaria.

En cuanto a la mala alimentación, puede explicarse multifactorialmente por la ausencia de las cabezas familiares en el hogar requeridas por el mercado laboral, largas jornadas de trabajo que en México provocan tensión en aproximadamente el 30% de los trabajadores; saturación del mercado con productos cuya ingesta abona a una mala nutrición, a lo que se suma su amplia difusión en los medios masivos de comunicación acompañado por el alto promedio de horas que éstos últimos consumen de la vida cotidiana de un capitalino.³⁰

primera fuente a entre 69% y 32.5 % según las edades, de acuerdo con la segunda. Las fuentes son, respectivamente: *Ibidem*, p.43 y Rivera Márquez, José Alberto. *Condiciones de salud-enfermedad en las colonias populares* [pp. 539-623] en: Schteingart, Martha (coordinadora). *Op. cit.*, p. 542.

²⁹ Según datos dados a conocer por Mauricio Sierra Salazar, miembro del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición, Salvador Zubirán, 70% de los mayores de 20 años padecen sobrepeso y obesidad; su presencia reduce de 10 a 15 por ciento la esperanza de vida y representa un riesgo para el desarrollo de otros males como diabetes mellitus, hipertensión arterial, problemas articulares o respiratorios y complicaciones como afecciones cardiovasculares o insuficiencia renal crónica. Ver: Cruz Martínez, Ángeles. “Con sobrepeso u obesidad, 70% de mayores de 20 años. Diario la jornada, sección sociedad y justicia, versión electrónica del sábado 2 de febrero de 2008.

³⁰ Según un estudio realizado en las áreas urbanas del país se encontró que entre 1990 y 1998 “las tasas de participación (proporciones de activos en la población de 12 años y más) se incrementaron tanto para los

Son también los requerimientos laborales tanto como la falta de impulso y difusión de actividades deportivas, los que pueden ayudar a explicar las costumbres sedentarias de la población.

Uno más que está presente en los padecimientos mencionados, incluso en la diabetes a través del incremento de la tensión arterial y que incide fuertemente en el cáncer de pulmón (los diferentes tipos de cáncer se agrupan dentro de las tasas de mortalidad como tumores malignos), es el tabaquismo, enfermedad ésta última en la que por sí misma juegan un papel importante los hábitos transmitidos en los diferentes círculos sociales, la información (su cantidad y calidad) así como la publicidad.³¹ Otro factor de riesgo con amplia presencia en las causas de muerte es la obesidad, asociada con una mala alimentación.

Como se puede intuir a partir de la lectura de las líneas precedentes, los factores de riesgo de poco más del 50% de la manifestación extrema de las enfermedades: la muerte en el D.F., tienen que ver en general con

hombres como para las mujeres, pero sobresalen las alzas en la participación laboral femenina, que asciende de 31.7 a 38.0%” Ver: García, Brígida del Carmen y de Oliveira, Orlandina. Empleo e ingreso en las áreas urbanas de México [Capítulo IX, pp.103-118] en: García Viveros, Mariano y Salas Mercado, Karina (coordinadores). *Hacia un milenio sin hambre con educación, salud y justicia*. México, coedición Secretaría de Salud-Fundación Mexicana para la Salud-Instituto Nacional de Salud Pública- Fondo de cultura Económica, 2007, primera edición. Colección Biblioteca de la Salud, p. 104.

Por otra parte, de acuerdo con Ernesto Velázquez Briceño, Director de TV. UNAM, un niño mexicano ve de tres a cuatro horas diarias de televisión, además de que por cada hora de transmisión en este medio se emiten alrededor de 17 comerciales, de los cuales el 60% promocionan la denominada comida chatarra. Entrevista transmitida en el servicio informativo matutino “Radio UNAM informa” correspondiente al día 14 de diciembre de 2009.

³¹ La prohibición de la publicidad del tabaco en televisión y radio, los medios más penetrantes en la sociedad mexicana se instrumentó hasta octubre del año 2002. Inclusive se sugiere la existencia de una campaña de la industria tabacalera en la televisión contra del secretario de salud quien la implementó, Julio Frenk Mora, cuando éste buscaba (el propio Frenk dice que él no la pretendía, p. 72) por primera vez la presidencia de la Organización Mundial de la Salud; al respecto léase Ortiz, Mauricio. *Op. cit.*, pp. 65-74.

Existen estudios que señalan una mortalidad 63% más alta entre los fumadores respecto de quienes no lo son; ver: Álvarez Alva, Rafael. *Op. cit.*, p. 310.

hábitos de consumo (grasas saturadas y tabaco), así como con las formas en que se estructuran las relaciones laborales y con la ocupación del espacio ("estrés"), las cuales se derivan de aspectos focalizados de la organización social en la que se presentan, por lo que son susceptibles de ser tratados mediante políticas públicas.

Ahora bien, si la prevención está llamada a ser la actora principal para enfrentarlos precisamente en razón de las particularidades propias de los padecimientos severos, la forma en que ella se implemente por parte de las organizaciones no tiene porque restringirse necesariamente al contacto individual con el potencial enfermo, orientándolo a cambiar su manera de consumir.

Lo anterior es indispensable pero puede resultar insuficiente, como sucedió en el caso del tabaquismo, padecimiento frente al cual la acción gubernamental debió dar pasos más firmes ante la persistencia y magnitud del problema público de salud, por ejemplo al prohibir la publicidad en gran escala o con la ley para la protección de los no fumadores, buscando con ambas medidas dar una base más firme para la prevención.

Similares providencias pueden ser adoptadas, con la previsibilidad de que serán necesarias (con la complejidad que las caracteriza, dificultándolas) respecto tanto de la alimentación como de las relaciones laborales.

Pero la correspondencia entre sociedad y salud es más profunda y compleja. Si las principales causas de muerte como manifestaciones extremas de la enfermedad representan problemas públicos de salud de primer orden, falta todavía ver con qué recursos se cuenta en la entidad para hacerles frente, de tal manera que se pueda saber cómo están distribuidos en aras de ubicar los niveles de salud de los diferentes grupos así como para visualizar cuáles pueden alcanzar. Recursos que tienden un

punto entre las condiciones de vida, determinadas por la estructura socioeconómica de la entidad, y los procesos de salud-enfermedad de sus habitantes considerados como colectividades diversas.

En este punto de la exposición cabe preguntar ¿Cuáles son esos recursos?

Con la premisa de que el crecimiento económico no conduce automáticamente al desarrollo³² (concepto que implica un incremento de la calidad de vida) y como consecuencia tampoco desemboca en mejores niveles de salud, la OPS evalúa las condiciones de vida a partir de los recursos económicos disponibles y del acceso de la población al desarrollo social, esto último a través del análisis de variables tales como empleo, ingreso, gasto público, precios de los alimentos, servicios básicos, acceso a servicios de salud, educación, fecundidad y alimentación, de tal manera que tales recursos se erigen desde luego como las condiciones de salud en cuestión, pues su posesión tanto como su distribución así como su calidad o carencia permiten explicar los niveles de salud de una población determinada.

En ese mismo sentido se pronuncian especialistas mexicanos en la obra dirigida por Julio Frenk, donde se esbozó el seguro popular como parte de la reforma del sistema nacional de salud.³³

³² En términos generales el crecimiento deviene de más producción y conduce a la existencia de una mayor cantidad de recursos, mientras que el desarrollo tiene que ver con la distribución más justa de esos recursos y concomitantemente con los destinos estratégicos de su inversión. Un estudio del concepto desarrollo y su diferencia con otras categorías similares o relacionadas como la de crecimiento, progreso y evolución se puede leer en: Sunkel, Osvaldo y Paz, Pedro. Los Conceptos de Desarrollo y Subdesarrollo [pp. 13-40] en: *El subdesarrollo latinoamericano y la teoría del desarrollo*. México, editorial Siglo XXI, 1980.

³³ Organización Panamericana de Salud. Salud y condiciones de vida [Capítulo I, pp. 1-36] en: *Las condiciones de salud en las Américas 1994*. Washington D.C. Edición de 1994 de la OPS, publicación científica número 549. En este documento se apunta (p. 36) que “las decisiones que se toman sobre los modelos de crecimiento económico, por lo tanto, deben considerar el impacto de esos modelos sobre las

Es aquí donde se evidencian los contrastes ubicados en la raíz socioeconómica de la capital, impactando directamente en el campo de la salud. Con ellos emerge otro conjunto de problemas también de primer orden, pero cuya atención trasciende el ámbito tradicional de la política sanitaria.

Así pues, si en el año 2001 el D.F. clasificó en el primer lugar del país en indicadores económicos así como de bienestar como son el Producto Interno Bruto, el PIB per capita y el Índice de Desarrollo Humano respectivamente, también representó la 2ª ciudad con el mayor número de pobres al contar con 5.6 millones de personas sobreviviendo en la pobreza, lo cual representaba casi el 65% de la población capitalina.³⁴

Por sí mismo, ello habla de una profunda desigualdad en la distribución de la riqueza en la entidad, además de que dos terceras partes de los capitalinos no contaban con los recursos suficientes para satisfacer sus necesidades vitales, lo que desde luego incide en su estado de salud.

condiciones de vida y la salud de los diferentes sectores sociales”. Véanse también Ampudia Benítez, José Carlos. *Op. cit.*, snp., y Frenk Mora, Julio José y otros (1994). *Op. cit.*, pp. 89-90. En esta última obra se reconoce que la misión del sistema de salud, “su razón de ser” es mejorar al máximo posible las condiciones de salud, entre las que se mencionan alimentación, educación, empleo pleno y seguro, acceso a servicios de alta calidad, vivienda digna, agua potable, medio ambiente limpio, recreación y participación política democrática.

³⁴ En cuanto a los indicadores ver: Provencio Durazo, Enrique y Yanes Rizo, Pablo Enrique (editores). *La Política Social del Gobierno del Distrito Federal 2000-2006. Una Valoración General* (Versión para discusión en el Consejo Consultivo de Desarrollo Social del D.F., noviembre de 2006). México, GDF, 2006, p. 10. Respecto de la segunda cifra se puede encontrar en: GDF. *Programa de Salud 2002-2006. Op. cit.*, p. 5. El Producto Interno Bruto per capita (es decir por habitante y año) del D.F. en el 2004 fue el más alto del país al alcanzar 172 mil 527 pesos (3.1 veces el promedio nacional), de acuerdo con el INEGI; respecto de esta última cifra ver: Bolaños Sánchez, Ángel. “Se mantiene el DF como la principal economía del país, con 21.84% del PIB”. *Diario La jornada*, sección la capital, 3 de junio de 2006, p. 37.

El índice de desarrollo humano “se basa en tres indicadores: longevidad, medida en función de la esperanza de vida al nacer; nivel educacional, medido en función de una combinación de la tasa de la alfabetización de los adultos (ponderación, dos tercios) y la tasa bruta de matriculación combinada primaria, secundaria y terciaria (ponderación, un tercio); y nivel de vida, medido por el PIB per capita (PPA en dólares)”. Ver el apartado dedicado a “la nota técnica” [pp. 269-273] del *Informe sobre desarrollo humano 2000* del PNUD. *Op. cit.*, p. 269.

En este punto de la exposición es preciso hacer la acotación de que la administración local del GDF realizó, a partir del año 2000, una labor de diagnóstico que buscó medir la pobreza y sus manifestaciones en la entidad a través de la ubicación de la marginación por zonas geográficas con el fin de implementar lo que denominó una "política social alternativa". Con ello buscaba matizar la ubicación del D.F. como la más avanzada en términos económicos y sociales de las 32 entidades que componen el país, lo cual implicó desde luego una crítica de la medición de la pobreza realizada por el gobierno federal para fines del proceso de políticas públicas.

En este sentido, la crítica elaborada desde el GDF a la medición de la pobreza y concomitantemente a la mejor ubicación del D.F. dentro de ésta tiene que ver básicamente con que se comparan dos realidades diversas: la urbana (predominante en la localidad) y la rural (importante en el país), además de la generalidad de los indicadores que sirven para la comparación y su posterior clasificación.³⁵

Con estos parámetros se encontró una severa divergencia en el ingreso de los capitalinos, el cual puede considerarse como un "recurso primario" ya que el dinero es un instrumento de cambio universal que se relaciona e incide en las demás condiciones de salud.

Según el Censo de Población y Vivienda 2000, en el D.F. 63% de la población percibía menos de dos salarios mínimos, mientras que el 59.5% accedía a tres mini salarios. Ahora que, agrupada por hogares y según lo expuesto por la Encuesta de Ingresos y Gastos en los Hogares del INEGI,

³⁵ Provencio Durazo, Enrique y Yanes Rizo, Pablo Enrique (editores). *Op. cit.*, pp. 2, 8, 10, 33-35, 205 y 213-214. Así como Boltvinik Kalinka, Julio. "La pobreza en el Distrito Federal/III, columna Economía Moral, diario la jornada del día 8 de diciembre de 2006, p.34. En esta última se hace la anotación de que el GDF firmó un convenio con el Colegio de México para realizar un diagnóstico sobre la pobreza en el D.F., que quedo a cargo del autor del artículo y de Araceli Damián.

durante 1996 la población del área metropolitana que incluye a la de la entidad se observa una distribución del ingreso muy desproporcionada, pues el 10% más rico recibió el 34.61% del ingreso, mientras que el 70% de los menos favorecidos percibían para ese entonces un 37.84% del mismo, lo que condujo a que el 10% más pobre de la población recibiera apenas 2.37% del ingreso.³⁶

Aunque un mayor ingreso no conduce automática ni linealmente a mejores niveles de salud, cuando se cuenta con recursos suficientes la población se encuentra en una mejor posición para alcanzarlos, pero, sobre todo, si carece de los recursos monetarios suficientes, éste sólo hecho se convierte en un obstáculo en la interacción del grupo humano con los diversos factores del medio que conducen a su enfermedad o a un estado de salud más precario. Dicho óbice será de mayor envergadura entre más elevada sea la privación de recursos, de ahí la trascendencia capital del ingreso respecto de la salud.

Por eso no resulta una coincidencia el hecho de que el 63% de capitalinos que sobreviven con menos de dos salarios mínimos resida, de acuerdo con la misma fuente, en zonas de media, alta y muy alta marginación, es decir, en condiciones de vida como son "viviendas precarias y/o en situación irregular, con insuficientes o precarios servicios" derivados de la privación de recursos; lo que los predispone a niveles de salud bajos así como a su falta de atención.

No obstante lo anterior, esta cifra porcentual debe ser matizada pues ya desde 1990, 96.3% de las viviendas en el D.F. contaban con agua

³⁶ Ver página http://www.df.gob.mx/agenda2000/ieconomicos/12_6.html, consultada el día 31 de enero de 2006 y Provencio Durazo, Enrique y Yanes Rizo, Pablo Enrique (editores). *Op. cit.*, p. 14.

entubada, 93.8% con drenaje, 99.3% con energía eléctrica, mientras que el 2.1% tenían piso de tierra.³⁷

En contraposición con los últimos datos, según el GDF durante 2003 en las unidades territoriales de muy alta marginación solamente el 55.8% de las viviendas habitadas recibían agua entubada, contando con drenaje el 88.3% de ellas; mientras que en los mismos rubros para las unidades de alta marginación las cifras son de 70% y 97.2%, en tanto que el servicio de electricidad llegaba al 98% de las viviendas en ambos tipos de unidades, con lo que

... la proporción de viviendas con todos los servicios (agua, drenaje y electricidad) en estas unidades territoriales es baja (0.4%), observándose que sólo en cinco unidades territoriales se concentra poco más de 50% de viviendas que tienen todos los servicios.³⁸

En la misma dirección y relacionado con otro de los condicionantes de la salud: los precios a los alimentos; se tiene que si en el plano nacional durante 1988 un salario mínimo alcanzaba para adquirir solamente el 20% de la canasta normativa de satisfactores esenciales, para comprar los alimentos en una cantidad adecuada se requería de 7.69 salarios mínimos, lo que resultaba imposible para el casi el 90% de la población capitalina económicamente activa considerada individualmente como proveedor de una familia (la canasta básica se remite al consumo mínimo de alimentos para la

³⁷ *Ibidem*, p. 14. Las cifras que sirven de matiz se pueden hallar en: Álvarez Enríquez, Lucía (2005). *Op. cit.*, p. 83.

³⁸ Laurell, Asa Cristina y otros (2004). *Op. cit.*, p. 25. De acuerdo con los objetivos de éste documento, era necesario investigar en busca de la ubicación geográfica y la caracterización más específica de la pobreza en la entidad.

familia), pues únicamente 10% ingresaba entre 5 y 10 mini salarios mientras un 3.03% no los tenía especificados.³⁹

Tal situación obliga a la diversificación tanto de las fuentes de recursos como del número de miembros del grupo familiar que deben laborar, hecho que incide directamente en los factores de riesgo de las principales causas de muerte en la entidad como son la mala alimentación y el “estrés”, pero también en otra condición de salud como es el grado de educación que pueden alcanzar ante la imperiosa necesidad de laborar.

En cuanto al consumo necesario para el bienestar, se tiene que en el año 2000, 75% de la PEA recibía menos de cinco salarios mínimos por lo que no podían acceder a la Canasta de Consumo Familiar Mínimo para el DF elaborada por la entonces Secretaría del Trabajo local, cuyo monto ascendía a \$5101.86 pesos; además de que entre 1986 y el año 2000 en la Ciudad de México, el salario mínimo tuvo una pérdida real acumulada de 56.1 %.⁴⁰

Si a ello se agrega que entre 1990 y 1998 en las áreas urbanas, comprendida la del D.F:

En lo que concierne a la calidad del empleo, todos los sectores del mercado de trabajo, con la excepción de los empleados públicos, presentaron una contracción de sus niveles de ingresos reales, y los trabajadores asalariados vieron mermado su acceso a las prestaciones sociales.

³⁹ Ver Hernández Laos, Enrique. *Crecimiento económico y pobreza en México. Una agenda para la investigación*. México, edición del Centro de Investigación Interdisciplinaria en Humanidades-UNAM, 1992 (1ª edición), pp. 80 y 130; así como Anexo estadístico [pp. 317-378] en: Álvarez Enríquez, Lucía (2005). *Op. cit.*, p. 341.

⁴⁰ Ver: Fideicomiso de estudios estratégicos de la Ciudad de México-Oficialía mayor del GDF. La economía de la ciudad de México [capítulo II, pp. 39-58] en: *La Ciudad de México hoy. Bases para un diagnóstico*. México, edición del GDF, 2000, p. 57. Así como Sheinbaum Pardo, Claudia y otros (compilación y elaboración del documento). *Hacia la Agenda XXI de la Ciudad de México. Propuesta del Gobierno del Distrito Federal*. México, GDF, 2004, pp. 29 y 39; además de Márquez Ayala, David. “DF. Economía, Demografía y Empleo”. Columna Reporte Económico publicada el día 18 de octubre de 2004 en la página www.vectoreconomico.com.mx.

Y que

En lo que toca a las diferencias regionales en ingresos, indicamos que la mejor situación no es la que caracteriza a la ciudad de México, lo cual es probablemente uno de los signos más distintivos de esta nueva etapa que vive el país. Es en las ciudades del norte de México donde se obtienen percepciones relativamente mejores (...) ⁴¹

El panorama muestra un ingreso bajo para la mayor parte de los capitalinos. Su deterioro durante la década de los 90 se traduce en carencias para el consumo de productos básicos como es la alimentación suficiente para el adecuado desarrollo del ser humano. En el plano analítico, los hechos y las cifras corroboran la interrelación entre las condiciones de salud, dentro de las que el ingreso ocupa un lugar privilegiado, situaciones ambas que aparecerán nuevamente en la explicación de los siguientes condicionantes.

Por ejemplo, si históricamente la forma de insertarse al mercado laboral determinó en buena medida el acceso a los servicios de salud (supra, pp. 71-76, 89-90, 100-101 y 103-104), ello se refleja actualmente en el D.F. donde en el plano de su economía procesos tales como su terciarización (predominio del sector comercio y de servicios); su polarización (grandes empresas que emplean a un número relativamente reducido de trabajadores frente a una gran cantidad de pequeños establecimientos que en conjunto emplean grandes contingentes), aunado a la sobrepoblación, falta de planificación y la reubicación regional de la industria manufacturera en el norte del país, entre otros factores, empujaron a amplios sectores de la población a buscar modos de sobrevivencia que los ubicaron en el subempleo, el empleo precario y la informalidad laboral. Todas ellas, formas

⁴¹ García, Brígida del Carmen y de Oliveira, Orlandina. *Op. cit.*, pp. 115 y 116. En el plano general del país y según el Centro de Investigación Laboral, los salarios cayeron en 22% en el periodo comprendido entre el año 2000 y el 2006; al respecto consúltese Muñoz Ríos, Patricia. "Cayeron 22% los salarios este sexenio". Diario la jornada, sección sociedad y justicia, 30 de agosto de 2006, p. 48.

de inserción al mercado laboral que los priva de prestaciones sociales, entre las que destacan los servicios de atención a la salud.

Si en el año 2000 la tasa de desempleo abierto fue de alrededor del 3%, el 41.8 por ciento de la población ocupada en el D.F. se dedicaba a actividades informales, cifra cercana a la de la población que carece de atención a la salud a través del esquema de seguridad social y que se estima alcanzó al comienzo del presente siglo entre 825 y 850 mil familias equivalentes a 3.5 millones de personas.⁴²

Se puede intentar contrastar esta cifra si se considera que el sistema de salud brindaba atención a la población abierta mediante el pago de cuotas de recuperación, pero también se debe meditar sobre el hecho de que el 65% de la población en el D.F. sobrevivía en condiciones de pobreza, es decir, sin los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas, lo que impacta negativamente en sus niveles de salud y en la atención médica por la que difícilmente pueden pagar.

De esta manera, la estructura del empleo y las variadas formas en que se erige como derivación de la insuficiencia de los esquemas institucionales que determinan la organización socioeconómica del D.F., actúan como condiciones de salud en la medida exacta en que dentro de su configuración no albergan a casi la mitad de los habitantes (45%)⁴³ respecto de la

⁴² Las cifras sobre desempleo e informalidad se pueden consultar en: Fideicomiso de estudios estratégicos de la Ciudad de México-OMGDF. *Op. cit.*, p 56; Sheinbaum Pardo, Claudia y otros. *Op. cit.*, p. 39. Así como en Márquez Ayala, David. *Op. cit.*

Respecto de los habitantes del DF sin seguridad social, véase: Laurell, Asa Cristina y otros (2004). *Op. cit.*, pp.14-15. En cuanto a la percepción que tienen los pobres de la afectación económica ante la enfermedad, en esta misma obra y mediante un censo levantado por la SSDF en 2003, se encontró que 55% de ellos consideraron que es mucha, 32% poca y 12% nada (pp. 47-48).

⁴³ La cifra de población asegurada se reduce seis puntos porcentuales en las zonas de alta y muy alta marginación, donde sólo el 39% de su población cuentan con seguridad social. Al respecto ver: Laurell, Asa Cristina y otros (2004). *Op. cit.*, p. 39.

atención de su salud, lo que significa dejarlos al margen de buena parte de los beneficios sociales que implica vivir en una colectividad organizada bajo un gobierno.

Pero el panorama de la atención institucional de la salud en la entidad se agrava, si se tiene en cuenta lo dicho por el Programa de Salud del GDF 2002-2006 el cual señala que el paquete para la población abierta no incluía la atención de los padecimientos que derivan en las principales causas de muerte. Aunado a ello, reconocía serias deficiencias respecto de la calidad de la atención recibida por los usuarios.⁴⁴

Por otra parte la estructura laboral se relacionará directamente con la cantidad de ingresos que reciben los grupos por actividades, ya que durante la década de los 90° los patrones y los trabajadores profesionales por cuenta propia (sectores minoritarios que representaron el 4.9% y 1.7% respectivamente de la población ocupada en 1998) fueron los que recibieron las mejores remuneraciones en el universo de la fuerza de trabajo, lo que contrasta con la mayoría de los asalariados. Ni que decir de los que obtienen su sustento mediante actividades informales, pues en este sector del mercado se multiplica exponencialmente la competencia (por ejemplo en la

⁴⁴ Ver las páginas 7 y 18 del Programa de Salud del GDF ya citado; en ésta última se apunta: (...) “ni la orientación de los hospitales, ni el llamado “Paquete Básico” de los centros de salud corresponden a la patología más importante que presenta la población en la actualidad. Por ejemplo, a pesar de que las causas principales de muerte en la ciudad son las enfermedades crónico-degenerativas, la red de hospitales tiene un médico internista por cada 40 mil adultos, mientras que hay un pediatra por cada 3,213 niños”.

En cuanto a la mala calidad en y de la atención, aunque el autor señala que no se puede generalizar para el sistema de salud en el D. F, sostiene: “Sin embargo, resulta ostensible que, al menos en el caso de los centros correspondientes al ISSSTE y los destinados a la población abierta, existían deficiencias notables que se repetían prácticamente en todas las unidades observadas: baja motivación del personal, niveles altos de ausentismo, falta de mantenimiento de los equipos, déficits de personal, insuficiencia o ausencia de ciertos recursos como material de curación, equipos de laboratorio y medicamentos; deficiente organización, largos tiempos de espera para recibir atención, disfunción del sistema de referencia y contrarreferencia”. Ver: Duhau, Emilio. *Evolución del sistema público de salud y seguridad social. Su impacto en las colonias* [pp. 215-274] en: Scheingart, Martha. *Op. cit.*, p. 258. Similares observaciones se encuentran en Laurell, Asa Cristina y otros (2004). *Op. cit.*, pp. 45-53.

década de 1980 se cuadruplicó el número de vendedores ambulante al pasar de 17 mil en 1980 a 95 mil en 1990).⁴⁵

A la par del ingreso, otro elemento que determina los niveles tanto de bienestar de la población en general como el de la salud en particular a través del efecto que pueda tener en todos y cada uno de los recursos que para fines de esta investigación se denominan condiciones de salud, es la educación. Tanto en el plano individual como en el colectivo, no resulta difícil imaginar el impacto que una mayor y mejor educación tiene y puede tener en la salud.

En un principio la formación recibida sirve para interactuar con el medio en que se desenvuelve el individuo dotándolo de valores e información que moldean su comportamiento, por ejemplo a la hora de consumir pero también respecto de los cuidados que se procure y de los que inculque a quienes lo rodean, mientras que en el ámbito colectivo las capacidades con las que la educación dota a una colectividad, llevarán a ésta a participar más activamente en los asuntos públicos como son la salud, sus condiciones y la política sanitaria.

Ahora bien, en el D.F. la situación de la educación en cuanto a su cantidad es la mejor comparada con las otras entidades federativas, ya que el promedio de años escolares cursados durante 1999 era de 10.2 frente a un promedio nacional de 7.7, lo que sitúa a la entidad en el primer lugar; este hecho se explica en buena medida por la concentración económica que desde el siglo pasado caracteriza la dinámica del D.F., pues en su territorio alberga por ejemplo a tres de las instituciones públicas de educación media

⁴⁵ García, Brígida del Carmén y de Oliveira, Orlandina. *Op. cit.*, pp. 108 y 112-114. En cuanto al comercio ambulante: Álvarez Enríquez (2005). *Op. cit.*, p. 79. Según el trabajo conjunto de las dos primeras autoras, el ingreso mediano por hora en las principales áreas urbanas fue de 386.75 pesos para los patrones en establecimientos mayores, pero si estos eran establecimientos menores fue de 141.95 pesos; en tanto que los profesionistas trabajadores por cuenta propia ingresaban 170 pesos, por 53.55 pesos que obtuvieron los asalariados en los establecimientos menores.

superior y superior más reconocidas entre las que destacan la UNAM, el IPN y la UAM.

Sin embargo el tema educativo en la entidad no esta exento de problemas tales como la concentración geográfica por instituciones e incluso por carreras, además de la exclusión, sobre todo en los niveles superiores, pues a pesar de que el D.F. registra el índice de analfabetismo más bajo del país, existen "graves desigualdades en el acceso a niveles superiores en función del nivel socioeconómico de la población".

Al inicio de la década del 2000, en la entidad 187,750 personas mayores de 15 años eran analfabetas, de las cuales el 86% sobrevivían en niveles de muy alta, alta y media marginación; de la población de 6 a 14 años, 1.3 millones de niños asistían a la escuela lo que representó 96% de ese universo por 53,840 niños que no asistían, mientras que de los ubicados entre 15 y 24 años (1.6 millones de jóvenes) sólo 776 mil, o sea el 47.7% asistía a la escuela; de estos, 444 mil jóvenes vivían en zonas de muy alta marginación y solamente asistía a la escuela el 35.8%. Del total de población de 18 años y más (5.7 millones) únicamente 1.2 millones, el equivalente a 21.5% contaba con instrucción superior.⁴⁶

Las cifras muestran que conforme se avanza en los niveles educativos, la falta de medios económicos se convierte en un obstáculo para que los individuos menos favorecidos puedan continuar con sus estudios además de

⁴⁶ Provencio Durazo, Enrique y Yanes Rizo, Pablo Enrique (editores). *Op. cit.*, pp. 40-41. Para los datos respecto de los promedios de años escolares cursados ver Jusidman, Clara. La política social de la administración Cárdenas-Robles en el Distrito Federal [pp. 97-123] en: Álvarez Enríquez, Lucía; Huarte Trujillo, Ma. Concepción; Sánchez-Mejorada Fernández, Cristina y San Juan Victoria, Carlos (coordinadores). *¿Una ciudad para todos? La ciudad de México, la experiencia del primer gobierno electo*. México, coedición Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades-Universidad Autónoma Metropolitana-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes-Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2002.

Respecto de los efectos que una mayor escolaridad tiene para los niveles de salud, Julio Frenk Mora y otros (1994). *Op. cit.*, p. 116 sostienen que un año más de escolaridad en los mayores de quince años representa 1.7 años más de esperanza de vida al nacer.

que la mayoría de los analfabetos viven con grados de marginación altos y medios. Lo anterior prefigura un lastre circular en el que no se puede tener acceso a mejores condiciones de bienestar y salud, en este caso concreto a través de la educación, por falta de medios económicos; mientras que de forma concomitante la falta de acceso a mayores y mejores niveles de instrucción determina la carencia de recursos económicos de los grupos de población sin acceso a ella.

Entre los comportamientos relacionados con la educación están el ejercicio de la sexualidad y la paternidad, lo que conduce a otra condición de salud en la forma de los niveles de fecundidad.⁴⁷ De acuerdo con datos del Consejo Nacional de Población, el D.F. presentó en el año 2000 la tasa global de fecundidad (que indica el promedio de hijos que tiene una mujer dentro del término de su vida fértil) más baja del país al alcanzar 1.79, siendo la media nacional de 2.41.

El significado de la fecundidad como condición de salud tiene que ver con la mayor sensibilidad de los infantes recién nacidos al medio, de tal manera que los indicadores de mortalidad en este grupo etéreo se utilizan como referente de los cuidados que un sistema de salud profesa a los más desprotegidos, pero también obedece a que en última instancia los neonatos representarán en el futuro una mayor o menor demanda en todas y cada una de las condiciones de salud, además, no hay que olvidar que tanto la 7ª

⁴⁷ En este sentido se tiene que “las mayores tasas de fecundidad corresponden a los estratos sociales con mayor marginación social, y por ende a los que presentan menores niveles educativos y de acceso a la salud”. Ver: Provencio Durazo, Enrique y Yanes Rizo, Pablo Enrique (editores). *Op. cit.*, p. 49.

De acuerdo con el Programa de Salud del GDF 2002-2006 (p. 12) “La tasa de mortalidad infantil reportada en el 2000 para el DF es de 17.2 por cada 1,000 nacidos vivos registrados (NVR) y está por arriba de la tasa nacional registrada de 13.8. Sin embargo, la tasa de mortalidad infantil, ajustada por subregistro, reportada en el 2000 para el DF es de 15.3 por cada 1,000 nacidos vivos y se encuentra por debajo de la tasa ajustada nacional de 21.5, lo que representa un diferencia del 40.5 por ciento. Las estimaciones nacionales indirectas demuestran que los niños menores de cinco años en el DF fallecen con menor frecuencia que en cualquier otro estado de la República”.

como la 10ª causas de muerte en el D.F. durante el año 2000 (abatibles con atención oportuna dice el PSGDF, p.7) en ese mismo año estuvieron relacionadas con la atención más el cuidado del embarazo y del parto, así como a situaciones hereditarias respectivamente.

Por otra parte, el dato de fecundidad visto en retrospectiva (en 1990 la tasa global de fecundidad en la entidad fue de 2.2), ayuda a explicar la dinámica demográfica del D.F., marcada por el proceso de envejecimiento de su población, misma que describe la siguiente distribución:

Cuadro No. 6
Aproximación a la dinámica demográfica del D.F., 1990-2005

Grupo de edad (años)	Cantidad (año 1991)	Porcentaje (año 1991)	Cantidad (año 2005) ⁴⁸	Porcentaje (año 2005)
1 a 4	836 591	10.1	664 092	7.61
5 a 14	1 675 408	20.4	1 376 529	15.78
15 a 24	1 874 143	22.8	1 505 921	17.26
25 a 44	2 400 219	29.2	2 766 571	31.72
45 a 64	1 028 539	12.5	1 549 735	17.77
65 y más	394 570	4.8	596 206	6.83
Total	8 206 470	100%	8 720 916	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos (para 1991) en Rivera Márquez, José Alberto. *Op. cit.*, p. 567; así como conteo de población y vivienda 2005 del INEGI, en <http://www.inegi.org.mx>.

⁴⁸ La cantidad total para el año 2005 se alcanza con 261, 857 habitantes que según la fuente no tenían especificada su edad). De acuerdo con el trabajo de diagnóstico de política social del GDF en la investigación denominada *La política social en el DF 2000-2006* [*Op. cit.*, p.38] “se considera que la población es joven cuando la proporción en edades inferiores a los 15 años supera el 40% y en proceso de envejecimiento cuando la cifra se sitúa alrededor del 30%”.

De los datos vertidos destaca un crecimiento de apenas 513 000 habitantes en el D.F. durante quince años incluida toda la década de 1990, pero sobre todo que los individuos en edad adulta (de 25 a 64 años) representan el mayor contingente poblacional en la entidad, además de que en el período analizado es el que más crece al pasar del 41.7% de la población total en el año 1990, a 49.5% de la misma en el año 2005. Mientras que todos los grupos menores de 24 años decrecen en su cantidad. Asimismo, otro grupo en crecimiento es el de los ancianos con un incremento de 1.5 puntos porcentuales durante el periodo analizado.

En términos de atención institucional para la salud ello representa un esfuerzo considerable para la entidad, pues como se apunta en el programa local de salud 2002-2006

(...) particularmente los hospitales de la SSDF son el reflejo de la estructura demográfica y los problemas de salud de la época cuando fueron construidos, que no corresponde a las necesidades actuales. Por ello hay nueve hospitales pediátricos y ninguna clínica de atención geriátrica integral.⁴⁹

Pero en términos de condiciones de salud, dicha estructura etárea implica un reto todavía mayor, toda vez que si se quiere acceder a mejores niveles de salud se requiere actuar en los rubros que representan las fuentes de los recursos interpuestos entre sus condiciones de vida y los procesos diferenciados de salud-enfermedad para casi el 70% de la población, tales como educación, empleo, pensiones y vivienda. Recursos que por la inequitativa distribución de la riqueza debida a razones estructurales e históricas, escasean para la mayor parte de los habitantes como se examinó líneas arriba.

⁴⁹ Programa de salud del GDF 2002-2006. *Op. cit.*, p. 18.

Aunque en la mayoría de los casos el D.F. se ubica mejor posicionada si se le compara con las otras entidades del país, su situación en lo referente a condiciones de salud presenta serias deficiencias. El cuadro de contrastes obtenido del análisis de su situación socioeconómica y demográfica, así como de sus niveles de salud a través de sus condiciones sanitarias se patentiza en la persistencia de una alta incidencia de enfermedades propias de la pobreza.

En un riguroso estudio de casos respecto de los niveles de salud y los procesos de enfermedad, aplicado a cuatro colonias marginadas del Valle de México en el que se cruzan los datos de incidencia de los padecimientos con los grupos etéreos, se llega a la siguiente conclusión:

Un balance general de los perfiles de morbilidad antes descritos muestra que la patología asociada a condiciones precarias de vida, o sea la transmisible constituye el principal problema de salud en las cuatro colonias populares. Esta situación adquiere mayores dimensiones en los individuos de cero a 14 años (...)⁵⁰

La misma afirmación se contiene en el programa de salud capitalino respecto de la expresión extrema de la morbilidad: la muerte entre los grupos más susceptibles, señala textualmente:

⁵⁰ Rivera Márquez, José Alberto. *Op. Cit.*, p. 566. Dos de las colonias se encuentran en el D.F.: Xalpa y 2 de octubre en las delegaciones Iztapalapa y Tlalpan respectivamente, el siguiente par se ubica en el Estado de México: María Isabel y Miguel Hidalgo situadas en los municipios de Chalco y Ecatepec sucesivamente. En esta investigación también se comparan los resultados del estudio de caso con los de la Encuesta Nacional de Salud 1988, llegando a la conclusión (p. 590) de que “*En la morbilidad aguda, las prevalencias de las colonias populares rebasan ampliamente las que se reportan en la Ensa*” lo que obedece, continúa el autor, a que “la Ensa se refiere a un universo más global y ello hace perder la especificidad de la situación sanitaria de los pobres”. Asimismo utiliza el concepto de multimorbilidad (pp. 613 y ss.) con el que se detectan en un solo individuo varios padecimientos al mismo tiempo y del que dice “ofrece una perspectiva más amplia de las condiciones sanitarias”. La persistencia de la patología de la pobreza con las enfermedades crónico-degenerativas es reconocida también por el Programa Nacional de Salud 2002-2006. *Op. cit.*, p. 4.

En términos generales hay una relación directa entre el grado de pobreza y la mortalidad infantil, preescolar, escolar y materna. La excepción es la delegación de M. Hidalgo que presenta datos muy altos en estos rubros; situación que se explica por la presencia de “bolsones” importantes de pobreza en su territorio.⁵¹

Por otra parte, ante la insuficiencia de recursos para que la mayoría de los integrantes del D.F. los destinen a la atención de su salud, no sólo frente a la enfermedad sino en el desarrollo de su vida cotidiana, lo que implica sus niveles de salud, emerge otro de los condicionantes sanitarios en la forma del gasto que el gobierno ejerce para tal cometido.

Enmarcado desde la perspectiva sectorial de la función gubernamental se tiene que el gasto en salud en 1980 representó un 2.6% del ejercido por el entonces DDF, mismo rubro que en el año 2000 llegó a 4.479% del presupuesto programable del GDF.⁵²

La evolución muestra que durante las últimas décadas del siglo pasado el gasto para la atención de la salud en la entidad se incrementó casi hasta duplicarse entre 1980 y el año 2000, sin embargo ante la magnitud de los

⁵¹ Programa de Salud del GDF. *Op. cit.*, p. 14. En esta misma página se elabora un cuadro que muestra la relación descrita. Las delegaciones más pobres de acuerdo con una estandarización según intensidad de pobreza en la población total, de mayor a menor, son: Milpa Alta, Xochimilco, Tláhuac, Iztapalapa, Gustavo A. Madero, Magdalena Contreras, Tlalpan, Álvaro Obregón, Venustiano Carranza, Iztacalco, Cuajimalpa, Azcapotzalco, Cuauhtémoc, Coyoacán, Miguel Hidalgo y Benito Juárez.

⁵² Ver respectivamente Duhau, Emilio. *El marco de análisis de las políticas sociales y urbanas* [pp. 61-91] en: Scheingart, Martha (coordinadora). *Op. cit.*, p. 85; para el año 2000 el porcentaje fue calculado a partir de las cifras que ofrece el GDF en el Programa de Salud 2002-2006 [p. 49], según el cual en el año 2001 el presupuesto local para la salud representó el 7.47% del gasto programable del GDF, además de que “El presupuesto per cápita de la población no-asegurada es del orden de 1,100 pesos, del cual un tercio corresponde a recursos federales y dos tercios a recursos locales”.

De acuerdo con un estudio realizado por Carlos Moreno Jaimes, las aportaciones que recibe el D.F. por parte del gobierno federal para la salud en términos per cápita lo ubicaron en 1996 en lugar 31 y en los siguientes 4 años hasta llegar al año 2000 en el lugar 32 de treinta y dos posibles. Ver: “La descentralización del gasto en salud en México: una revisión de sus criterios de asignación” trabajo que forma parte del Programa de Presupuesto y Gasto Público del CIDE, financiado por la Fundación Ford, en: www.presupuestoygastopublico.org/.../salud/DT%2095.pdf, pp. 31-32.

problemas que vislumbra el propio GDF esa cantidad de recursos es notoriamente insuficiente. Al respecto dice extensamente:

Otra causa de la desigualdad en el acceso a los servicios requeridos son los escasos recursos proporcionados por la Federación al Distrito Federal, que son entre los más bajos per cápita de las entidades federativas. Cerca del 90 por ciento del presupuesto transferido corresponde al pago de los salarios de los trabajadores que laboran en los servicios de salud pública, o sea la mitad de todo el personal de la Secretaría. A partir de 2001 el gobierno de la ciudad ha dado prioridad a (sic) salud en el presupuesto local incrementándolo respecto al 2000, en un 67 por ciento.⁵³

Según esta concepción, tanto la insuficiencia de recursos como la mala organización de los servicios de salud en la entidad serían dos de los puntos nodales a partir de los que se criticó la política nacional de salud y con los que se estructuró la política de salud vigente desde el año 2000 en el D.F.

5.4 La política de salud del gobierno del Distrito Federal: gratuidad ¿a contracorriente? y ¿pretensiones de universalidad? en boga

En los documentos programáticos de la administración capitalina 2000-2006, se elabora una crítica del modelo económico y político del país al que tilda de neoliberal y corrupto.

Pero más importante para los fines de la presente investigación es que a partir de esa detracción pretendió ofrecer un modelo alternativo de gestión de la política social respecto del federal, basado teórica e ideológicamente en la recuperación y reforzamiento del protagonismo gubernamental en el quehacer público referido a las áreas que la componen, entre ellas la política

⁵³ Programa de Salud del GDF 2002-2006. *Op. cit.*, p. 19.

de salud, pero sustentado sobre todo en la capacidad tanto económica como financiera de la entidad.

Así, en el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2001-2006 se planteó un cambio orientado por “la justicia social y la democracia participativa”⁵⁴ para afrontar tanto los contrastes socioeconómicos como los políticos de la localidad explicados, en sus propios términos, por veinte años crisis así como debido a la errónea política económica nacional.

Luego de ubicar la política sanitaria como parte integrante de la política social, asigna como principal objetivo de la recién creada SSDF (1999) “hacer realidad el derecho constitucional a la protección de la salud para todos los capitalinos”, lo que tradujo como:

- Mejorar las condiciones de vida y de trabajo en la entidad
- Atención prioritaria a los padecimientos sanitarios de los más pobres.

Para alcanzar lo anterior, visualizó como medios:

- La edificación de un sistema de salud único e integral con calidad, gratuito y público. Así como incrementar la capacidad de decisión sobre el mismo

⁵⁴ Dice el Programa General de Desarrollo del DF: “Ellos han sacrificado el crecimiento de la economía a los equilibrios macroeconómicos dictados por intereses externos y han hecho recaer todos los costos de la llamada modernización sobre los hombros de las trabajadoras y los trabajadores. Siempre nos hemos opuesto a esa política y ahora, desde el gobierno, nos empeñaremos en probar con hechos que existen opciones distintas y viables. Nos comprometemos a que, en los límites que impone la condición territorial del Distrito Federal, pondremos en práctica una política cuyo centro será el ser humano, la familia y la defensa del medio ambiente. Dejémoslo claro; nuestra propuesta de cambio está orientada por los principios de justicia social y democracia participativa, así como eficiencia y transparencia administrativa”. En: Gobierno del Distrito Federal. *Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2001-2006*. Publicado en la gaceta oficial del GDF número 141 el día 4 de diciembre de 2001, p. 10. En la siguiente página recalca: “El promedio de crecimiento económico anual entre 1980 y 1999 ha sido inferior al de la población y en 1982, 1986 y 1994 sufrimos devastadoras crisis”.

-
- Mayores recursos financieros, tanto federales como locales
 - Integración de los dos primeros niveles de atención
 - Convenios con los hospitales de alta especialidad para el tercer nivel de atención
 - Construir centros de salud y hospitales en las zonas más pobres
 - Ampliar la cobertura hasta lograr la universalidad, pero limitándola en cuanto a sus prestaciones.⁵⁵

Con la finalidad de lograr éste último punto (lo llama "gran objetivo"), se planteó la necesidad, entre otras políticas públicas, de un programa (al que calificó de prioritario) de servicios médicos y medicinas gratuitas desde el año 2001, así como una pensión universal para los adultos mayores.

En el Programa de Salud del GDF 2002-2006 se detallaron los objetivos mencionados. En este último documento para la gestión gubernamental local, luego de analizar buena parte de las condiciones de salud en la entidad, tradujo el objetivo principal en materia de atención a la salud del que habla el Programa General de Desarrollo, asumiéndolo como su misión al establecer la gratuidad, la universalidad y la integralidad como los elementos que permitirían hacer realidad el derecho a la protección de la salud. Mientras que como visión se fijó la construcción de un sistema de salud universal, equitativo, participativo y solidario.

Para ese entonces, las pretensiones del GDF respecto de la salud y la política para atenderla se pueden interpretar desde su contexto político más general: en la medida que buscaba mayor autonomía respecto del nivel federal bosquejó la necesidad de un trato más parejo con la federación "en

⁵⁵ *Ibidem*, pp. 53, 88-89, 93-94, 97-98 y 107. Los objetivos de "la política de desarrollo social" fueron, de acuerdo con el programa: "combatir el rezago social, mejorar la calidad de vida de los grupos más desprotegidos e incrementar su capacidad" para que intervinieran "en la determinación de las políticas y programas en su beneficio"; para ello consideró necesario la promoción de "la coherencia administrativa y operativa de los programas de desarrollo social" con el fin de aumentar el acceso a sus beneficios por parte de "la población vulnerable y en condiciones de pobreza y pobreza extrema".

un nuevo pacto federal”⁵⁶, lo que en el campo de la atención institucional de la salud derivó en su planteamiento de revisar los términos del convenio de descentralización en aras de que obtuviera las facultades necesarias para conducir por sí mismo éste asunto público.

Pero, mayor autonomía del sistema de salud capitalino ¿Para qué? Conscientes de que la política sanitaria es un tema sensible para la población⁵⁷ y sin soslayar las líneas programáticas de la izquierda electoral, buscó hacer eco a través de la gestión gubernamental en una ciudad capital que por ser su centro tiene un efecto amplio como caja de resonancia hacia todo el país. Lo anterior, al resaltar los contrastes de las políticas que implementó en comparación con las federales para mostrarse como una alternativa viable de gobierno cifrada, para el caso de la atención sanitaria, en el trinomio gratuidad, universalidad y público-gubernamental.

Es en este marco que propone el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG) como la principal y primera de las “estrategias en el sector salud” para enfrentar los desafíos de la entidad en la materia, la cual a la postre su autora concebiría como “la principal política del gobierno del Distrito Federal para avanzar al (sic) cumplimiento universal del derecho a la protección de la salud en la capital”⁵⁸, es decir, con el fin de lograr la misión de la SSDF.

⁵⁶ *Ibidem*, p. 33.

⁵⁷ En el estudio de casos realizado a nivel internacional por la OIT, se destaca entre sus conclusiones el hecho de que las pensiones se conciben como una prioridad por parte de los trabajadores del sector formal, mientras que la salud y su protección a través de la atención institucional resulta una preocupación de primer orden para los trabajadores “no cubiertos”, ver: Wouter van Ginneken. *Recomendaciones en materia de políticas* [capítulo 8, pp. 213-227] en: Organización Internacional del Trabajo. *Op. cit.*, p. 219

⁵⁸ Laurell, Asa Cristina y otros (2004). *Op. cit.*, p. 14. Los seis desafíos que identifica el programa de salud del GDF 2002- 2006 son (pp. 12-19): Mejorar las condiciones de salud; disminuir la desigualdad en salud entre grupos sociales y zonas geográficas; garantizar la seguridad sanitaria de la entidad; incrementar el acceso oportuno al tratamiento requerido; disminuir la desigualdad en el acceso a servicios suficientes y de calidad e instrumentar mecanismos de financiamiento estable, suficiente, equitativo y solidario.

A través de dicha política pública se pretendió hacer frente a lo que la administración capitalina identificó como el principal obstáculo para el acceso a la salud: el económico, consecuencia de la falta de recursos. Su objetivo general fue "garantizar el derecho a la protección de la salud con equidad" para lo que trazó cuatro objetivos particulares:

- Convertir a la población abierta residente en el D.F. en derechohabiente de los servicios de salud, formalizando su relación con una identificación
- Proporcionar sin costo todos los servicios de las unidades adscritas a la SSDF y los de los Servicios de Salud Pública
- Proporcionar gratuitamente los medicamentos y,
- Cobertura universal para los residentes de la entidad.⁵⁹

Prácticamente todas las fases en que teóricamente se divide el proceso de políticas públicas quedó en manos de la SSDF, desde la organización, la coordinación, la operación, la supervisión y la evaluación, con la acotación de que sería esa misma dependencia quien impulsaría la participación ciudadana para la toma de decisiones así como para efectos de control, sin

Por otra parte, el mismo programa concibe dos grandes estrategias (pp. 23 y ss) para enfrentar los desafíos: a) La estrategia intersectorial para mejorar las condiciones de vida y de salud donde incluye una política social integral y redistributiva, la pensión universal ciudadana, la coordinación interinstitucional y la compensación para los beneficiarios del programa de abasto de leche, entre otras y, b) Las estrategias en el sector salud que además del programa de gratuidad planteó un cambio en la fijación de prioridades para la atención de la salud tomando en cuenta necesidades, eficacia y valores sociales, así como la reorganización de los servicios y un modelo de atención ampliada al que concibió como participativo con miras a cambiar la cultura para la salud y que serviría diferenciadamente a la población de acuerdo con su lugar de residencia y su condición de asegurado o no. Para ambos documentos, el económico es el principal obstáculo para que las personas puedan acceder a servicios institucionales de salud; léanse respectiva y específicamente sus páginas 14 y 29.

⁵⁹ Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del GDF. Actualización para el periodo 2004-2006*. México, SSDF, 2004, p. 11. Desde el ámbito académico, voces reconocidas como las de la propia Asa Cristina Laurell ó la de Alicia Ziccardi se pronunciaban por la universalidad de la política social en el D.F.; ver, de la segunda autora, su participación titulada *Comentarios sobre la agenda de problemas y políticas a futuro* [pp. 661-666] en: Álvarez Enríquez, Lucía y otros (coordinadores-2002). *Op. cit.*, pp. 665-666.

que se detallara la identificación e inclusión de otros actores distintos de los gubernamentales ni los mecanismos para efectuar la interacción con éstos últimos más allá una mención genérica de las comisiones en el plano vecinal, los comités de salud a nivel delegacional y regional así como del consejo de salud del D.F.; asimismo, es la dependencia la que aportaría los recursos, informaría y rendiría cuentas ante tales instancias.

La población objetivo fueron las familias y los mayores de edad no asegurados que contaran con residencia mínima de tres años en la entidad; al afiliarse voluntariamente los mayores de edad, tanto sus dependientes económicos como ellos mismo adquirirían la categoría de derechohabientes, previo cumplimiento de los requisitos (identificación oficial con firma del afiliado y del cónyuge, comprobante de domicilio, firma de la cédula de afiliación así como no estar asegurado) tras lo cual recibirían la credencial de gratuidad. Con los documentos más los datos que los afiliados aportaban se formaba un padrón.

En cuanto a las metas de la política sanitaria del GDF, se planteó afiliar al 60% de los núcleos familiares ubicados en las unidades territoriales de muy alta y alta marginación para el año 2004, así como alcanzar al 90% de los residentes en la entidad durante el 2006.

Pero esta pretensión de universalidad para la población capitalina a través de la gratuidad de los servicios médicos y las medicinas, no puede ser explicada únicamente ni como su principal elemento a partir de la voluntad política de los encargados de la administración en turno. Además de la indispensable visión política traducida en acción de gobierno, tres componentes más ayudan a explicar la estrategia, los dos primeros derivados en buena medida de la centralidad histórica del Distrito Federal:

-
- la concentración de recursos médicos y de servicios (supra, pp. 188)
 - la centralidad económica de la entidad (generó el 22% del PIB nacional en 2006).⁶⁰

E íntimamente relacionado con el anterior, el arreglo de las finanzas públicas en la entidad alcanzado durante la administración 1988-1994 (supra, p. 248). Con estos tres elementos se fincó la base material que sirvió de soporte al planteamiento político respecto de la atención de la salud en la entidad, pero como la lógica gubernamental se mueve dentro de los férreos márgenes de los recursos limitados, la denominada cobertura horizontal (servicios y medicamentos) no fue universal. En cuanto a los servicios médicos, la política sanitaria capitalina incluyó los siguientes:

- Consulta externa general y de especialidad;
- Terapia de rehabilitación;
- Estudios de laboratorio de análisis clínicos;
- Estudios de imagenología (rayos X, ultrasonido, tomografía axial por computadora);
- Atención del embarazo, parto y puerperio inmediato;
- Consulta odontológica;
- Intervenciones quirúrgicas;
- Atención de urgencias; y
- Hospitalización.

⁶⁰ Al respecto, la propia SSDF señala: “El Distrito Federal es la entidad federativa con mayor concentración de servicios de salud, los que atienden a la población abierta y de seguridad social, esto es 650 unidades de consulta externa; 44 hospitales generales y 68 de especialidad con 9,051 camas censables; emplea 28 mil médicos y 41 mil enfermeras. Sin embargo, es un sistema segmentado en tres subsectores sin una real articulación entre sí: el público para la población no asegurada; el de la seguridad social y el privado. En cuanto a los servicios públicos de población abierta están operados por tres instancias, la Secretaría de Salud Federal, los Institutos Nacionales de Salud y la Secretaría de Salud del GDF.” Ver: Laurell, Asa Cristina y otros (2004). *Op. cit.*, p. 12. Por lo que hace a la potencia económica del DF, la propia Laurell (2001) *Op. cit.*, p. 100, apunta en tono crítico respecto de la descentralización únicamente administrativa de los servicios de salud, que los gobiernos locales únicamente deciden si ellos mismos destinan recursos, lo cual “sólo es el caso de las entidades federativas más prósperas”.

Con la salvedad de que cuando se tratara de servicios auxiliares de diagnóstico y rehabilitación, para que fueran gratuitos el médico los debía prescribir “como parte de su trabajo institucional”. A pesar de que en la gratuidad se incluyeron genéricamente la hospitalización, la consulta de especialidad y los rayos X, no se prestó la atención integral de los padecimientos que requieren de alta especialidad como son los identificados entre las cuatro principales causas de muerte en el D.F., al personificar el 52% de los fallecimientos en la entidad durante el año 2002.⁶¹

Situación similar a la de los medicamentos, cuya gratuidad se extendió principalmente hacia el primer nivel de atención, es decir respecto de los servicios prestados en los centros de salud. Al respecto, el programa de salud capitalino sostiene:

La introducción de la gratuidad de los medicamentos es particularmente importante en el primer nivel de atención, ya que éste dispone de un cuadro autorizado de medicamentos que pasa de las veinte claves correspondientes al anterior Paquete Básico, a alrededor de noventa claves que son las necesarias para resolver los padecimientos tratados en los centros de salud. En los hospitales de la SSDF, la exención de pago para los empadronados abarca todos los servicios de diagnóstico y terapéuticos y un cuadro de medicamentos con alrededor de 250 claves.⁶²

⁶¹ En cuanto a la enumeración de los servicios gratuitos y su salvedad véase SSDF. *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del GDF. Op. cit.*, p. 16, en donde se excluyen explícitamente las prótesis, órtesis, marcapasos, material de osteosíntesis y cirugía laparoscópica. Mientras que para la exclusión de los servicios de salud de alta especialidad, el Programa de Salud del GDF 2002-2006 reconoció (p. 39) como una de sus limitaciones: “La SSDF no está en condiciones de garantizar la atención de alta especialidad en el mediano plazo, por lo que se propone firmar convenios con los hospitales federales, institutos nacionales o de seguridad social, a fin de referir a los pacientes que requieran de sus servicios”. Dicha pretensión parece un contrasentido, en virtud de la capacidad de atención instalada y del desfinanciamiento para la salud por parte del gobierno federal que denuncia el propio programa capitalino.

⁶² Programa de Salud del GDF. *Op. cit.*, p. 29. La claves de fármacos comprendidas en el CAUSES del seguro popular son 307, desde el año 2006.

Si en un plano general se comparan las políticas públicas sanitarias federal (el seguro popular en su segunda etapa) y la local (programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos), se tiene que ambas parten de un diagnóstico similar: la injusticia que significa la desigualdad respecto de la falta de atención institucional de la salud para los grupos más pobres⁶³, lo que implica su exclusión por parte del sistema de seguridad social. Asimismo, los dos son voluntarios y pretenden la cobertura vertical (afiliación) universal sin que en la misma dimensión contemplen la cobertura horizontal (servicios) global.

Sin embargo, la coincidencia de los diagnósticos no es total sino que más bien existen diferencias de fondo respecto de las causas de la exclusión social en salud, mismas que se tradujeron en líneas de acción que integraron las respectivas políticas sanitarias.

Así, mientras el paradigma de política de salud federal arguyó que el esquema de financiamiento solidario de seguridad social se volvió insostenible debido a los cambios verificados en los mercados de trabajo y que su inoperancia obedecía a que representaba un lastre para el capital ante el que no podía invertir para crear más empleos, razón por la cual se debía "diseñar instrumentos de afiliación más flexibles y autofinanciables" en donde la atención de salud de la población no asegurada se descentralizó pasando a ser responsabilidad de los gobiernos locales.

Contrario a ello, la concepción local que en ese entonces (año 2000) buscaba construir un sistema de salud local con lo descentralizado, ubicó

⁶³ En este sentido se pronuncian Blanco Gil, José y López Arellano, Oliva. *Op. cit.*, pp. 44 y 49. Sin embargo, para Gustavo Leal Fernández el gobierno local adoleció de una política alternativa de salud, dice que tras dos años y medio de ejercicio público únicamente contaba con un diagnóstico de la situación; agrega que el PSGDF es bastante parecido en su estructura al proyecto de reforma integral del sistema de salud establecido por Frenk y Soberón en 1994. Ver: "Más allá de una "esperanza" taquillera". Diario la jornada, sección opinión, versión electrónica del día 7 de junio de 2003.

como causa del “estancamiento y deterioro” de los servicios públicos de salud tanto para la población abierta como para los asegurados el “desfinanciamiento que se inicio en 1983” como consecuencia de la política económica del país, por lo que ese sistema en edificación debía ser público y gratuito.⁶⁴

En términos más concretos, la diferencia esencial entre el seguro popular y el programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos radica en el papel así como en la responsabilidad que cada política sanitaria asigna al gobierno para brindar atención institucional en salud; y como derivación de ese rol la extensión en la gratuidad de los servicios e insumos que se presten, lo cual implica desde luego una visión más o menos restringida en cuanto al derecho a la protección de la salud y como su consecuente lógico, del conjunto de acciones gubernamentales que se emprendieron además de las abstenciones en el mismo rubro frente a las condiciones de salud de la población.

5.5 Las condiciones de salud y la política sanitaria. La relación dialéctica del dúo dinámico en salud colectiva.

Una vez que se analizaron e identificaron los aspectos determinantes de la salud colectiva así como las estrategias gubernamentales orientas a encauzarlas, resulta necesario esclarecer y precisar la relación que guardan entre sí, previo al examen de la accidentada implementación del seguro popular en el D.F. pues ambos explicarán lo abrupto de su puesta en marcha, a partir del contexto político más amplio en el que se desarrollaron.

⁶⁴ Ver respectivamente, *Programa Nacional de Salud 2002-2006. Op. cit.*, pp. 117-118 y el *Programa de Salud del GDF 2002-2006. Op. cit.*, p. 8.

Si con la ayuda de un ejercicio simple de lógica, las condiciones de salud son los recursos tanto individuales como colectivos que se interponen entre los sujetos y los procesos de salud-enfermedad, determinando así el nivel colectivo de salud, entonces teóricamente la política sanitaria tiene como cometido facilitar el acceso de los grupos sociales a dichos recursos con el fin de incrementar sus niveles de bienestar a través de su mejor estado de salud. De manera más concreta y bajo este esquema lógico, la política de salud debería actuar en diferentes grados sobre las condiciones de salud.

Sin embargo, el contexto político en el que se desenvuelve la política sanitaria, además del diagnóstico de los problemas de salud dentro del que caben diversas interpretaciones determinadas también en buena medida por el marco político, conducen a la política sanitaria entre los pliegues propios de los problemas que enfrenta en el intento de llegar a su epicentro: las condiciones de salud.

En efecto, la política de salud describe una lógica propia que emerge desde lo político y que regularmente desborda los márgenes de la lógica común, a veces en detrimento de los objetivos que pretende alcanzar, sin que se pueda soslayar el hecho de que la materia sobre la que busca incidir resulta compleja. La complejidad de la atención y el tratamiento de las condiciones de salud derivan a su vez de que están inmersas en la estructura social de la cual surgen como sus elementos representativos.

Piénsese por ejemplo e hipotéticamente en que la política social se centra y logra distribuir de mejor manera el ingreso incrementándose así el de los grupos menos favorecidos; esta acción impactaría desde luego en el campo de la salud pues, como se dijo arriba, el recurso monetario puede tener un efecto multiplicador sobre las demás condiciones de salud al

permitir a los grupos humanos disponer en mayor cantidad y mejor calidad de bienes como alimentos, vivienda y educación.

No obstante lo anterior, esa misma mejora cuantitativa pudiera agravar los niveles de salud o por lo menos no mejorarlos con suficiencia si paralelamente no se actúa sobre los hábitos de consumo y se les modifica, pues sin esta última acción el excedente de ingreso logrado se podría destinar a consumir más pero de los mismos productos que están involucrados en las principales causas de muerte.

En otro ejemplo hipotético pero a la inversa, se puede pensar en una exitosa campaña de prevención que mediante la utilización de los medios masivos de comunicación llegue a la totalidad de la población y logre variar sus hábitos de consumo; dicha medida vería mermado en gran medida su impacto desde luego, si a la par no se pudiera garantizar a los grupos pobres una base material con la que efectivamente pueda consumir los satisfactores suficientes y necesarios para su desarrollo humano.

Por otra parte, pero dentro de la misma línea de exposición, el hecho de que las condiciones de salud se ubiquen como elementos representativos y emergentes de la estructura social, conduce a que su tratamiento como asunto público por parte del gobierno reclame una visión más integral a partir de la cual los condicionantes sanitarios pueden ser atendidos mediante una "política socioeconómica"⁶⁵ que trascienda la visión sectorial dentro de la que actualmente se desarrolla la política sanitaria, pues la temática de la que ésta última se ocupa (básicamente la atención institucional de la enfermedad), aunque indispensable, resulta insuficiente para actuar sobre la distribución del ingreso, los niveles educativos o los mercados de trabajo y

⁶⁵ Término usado por Alicia Ziccardi para llamar la atención sobre la necesidad en el D.F., "de una política que integre lo económico con lo social". *Op. cit.*, (2002), p. 665.

en general pasa lo mismo respecto de las otras condiciones de salud analizadas.

En el plano de la salud, un primer acercamiento entre las políticas y las condiciones sanitarias se da en el reconocimiento de éstas últimas en los diferentes programas gubernamentales con su subsecuente remisión a la política social, más una mención general de que las acciones implementadas en este rubro se interrelacionarán con las de la política de salud.

El siguiente paso consiste necesariamente en hacer más explícito cómo esas acciones se van a integrar, pero también cómo se espera que las medidas implementadas mediante la política sanitaria impacten en las condiciones de salud, pues el reconocimiento de su procedencia social y, por ello, de su complejidad, no exime de su atención debido a que si entre los objetivos más mencionados por la política pública sanitaria está el de incrementar y mejorar los niveles de salud, esa aspiración pasa necesariamente por las condiciones de salud.

Así entendidas, condiciones de salud y política sanitaria describen una relación dialéctica según la cual, tanto las acciones como las omisiones de las políticas públicas en materia de salud actúan sobre determinados aspectos de la vida social y en esa medida moldean, cambian o hacen persistir determinadas condiciones de salud, las que una vez instaladas en la estructura social demandan atención pública a través de políticas cuando llegan a un nivel que afecta la salud de la colectividad. De esta manera, cuando la política sanitaria alcanza efectividad ayuda a moldear las condiciones de salud y estas nuevas condiciones requerirán de otras acciones u omisiones derivadas de las políticas públicas.

CAPÍTULO SEXTO

La implementación del seguro popular en el Distrito Federal. La relación entre la política y las políticas públicas como su marco referencial-explicativo

Con todo, sabemos que un cambio pleno en la medicina no se dará sin un cambio pleno en la sociedad, pero resultaría trágico menospreciar las acciones inmediatas, tachándolas de reformistas. Si renunciamos a su discusión pública o a la lucha por conquistar alguna injerencia en los niveles de decisión, estamos rehusando alcanzar, aquí y ahora, o cuando menos gradualmente, un mayor estado de salud.

Daniel López Acuña

Actores, instituciones y las acciones que describen los primeros con el objeto de incidir en las reglas del juego son los elementos que una vez integrados en una explicación lógica y causal dentro de los márgenes de la política, posibilitan el esclarecimiento tanto de las razones como de los objetivos reales involucrados en el diseño e implementación de una política pública.

En el caso del seguro popular, el análisis de tales componentes permite elucidar entonces el por qué y el cómo de su implementación en el D.F., que al quedar enmarcados en la lucha por el poder se sometieron a los tiempos, las formas así como a los fondos de la disputa política entre dos visiones disímboles que lograron manifestarse paralelamente a través del ejercicio gubernamental.

El presente capítulo se compone de dos momentos; en el primero se abordan los alcances que la política pública puede tener frente a los problemas que pretende encauzar una vez implementada, mientras que en el segundo se explican los problemas por los que atravesó para poder ser implementada en la entidad.

El primer apartado se puede ubicar como continuación lógica de los capítulos cuarto y quinto, pues se fundamenta en la comparación de las prestaciones del seguro popular con las condiciones de salud en el D.F., ello con el objeto de ver sus alcances potenciales. Por otro lado, el análisis del proceso de implementación del seguro popular en la entidad se realiza a través de la ubicación de las instituciones, los actores y sus acciones, las cuales minaron su camino durante la mayor parte del período temporal que comprendió la gestión gubernamental 2001-2006, mediante su disquisición progresiva en los siguientes tres apartados pero sin dejar de establecer los nexos inevitables entre unos y otros.

6.1 El seguro popular frente a las condiciones de salud en la entidad. De inercias, exigencias teóricas con consecuencias prácticas e insuficiencias

Pasar una política sanitaria por el tamiz de las condiciones de salud podría parecer una exigencia demasiado severa para las pretensiones y alcances de dicha política pública, en primer lugar y sobre todo porque tanto las causas como las características de los problemas en este rubro rebasan el esquema sectorial que el aparato gubernamental utiliza funcionalmente para su atención.

Sin embargo, en el caso de las condiciones sanitarias el esquema sectorial los procesa mediante otras secciones de la administración pública. Por ejemplo, respecto de la educación existe una secretaría que elabora un programa gubernamental para ese rubro y lo mismo sucede con otros condicionantes que incluso trascienden el ámbito formal de la política social para incrustarse explícitamente en los terrenos de la política económica como son ingresos, precios de los alimentos o empleo, pero incluso se involucra también la política urbana (servicios básicos) además de la política ambiental.

Ahora bien, esa división del trabajo gubernamental ¿Descarga a la política sanitaria de la obligación de atender puntualmente las condiciones de salud en una colectividad determinada? No y sí. No, porque renunciar al tratamiento y encauzamiento de las condiciones sanitarias significaría para la sociedad organizada dejarla a su suerte ante el ambiente en general, lo cual conduciría al estado primitivo del hombre; pero también sí, porque de destinar recursos para su atención sin verificar antes si ya reciben tratamiento, se puede caer en duplicidad de acciones y funciones, con lo que se disminuiría su efectividad.

La respuesta ambivalente conduce a dimensionar la política sanitaria en su justa proporción como una política pública de atención institucional de las manifestaciones inmediatas de la enfermedad mas no de sus causas¹, donde el alcance que para los niveles de salud de una colectividad determinada tiene dicha atención institucional es bajo, pues según algunos investigadores no va más allá del 20%.² Pero más importante aún es que el carácter dual de la contestación no desemboca lógica ni necesariamente en proposiciones contradictorias, no por lo menos desde el punto de vista de las condiciones de salud.

En su acepción afirmativa, cuyo contenido es de carácter instrumental, la relación política sanitaria-condiciones de salud vislumbra la necesidad práctica de integrar las acciones públicas implementadas con el

¹ En términos un poco más técnicos, se trata de medidas verticales por oposición a las medidas horizontales derivadas de la política de salud. Las primeras se encaminan hacia la disminución y prevención de las enfermedades mientras que las segundas buscan progresos en las condiciones de vida. A este respecto véase el artículo de José B. Morelos. *Op. cit.*, p. 11.

² Majnoni d'Intignano, Béatrice. *Op. cit.*, p. 47. Dice textualmente: Ensuite, les travaux sur l'influence de la médecine sur l'état de santé des populations, proposés par McKeown (1976) le premier puis repris par différents auteurs, dont le Haut Comité de la santé publique (1991), établissent très clairement que sur longue période, en moyenne, la médecine ne jouait qu'un rôle limité sur l'état de santé global des populations, de l'ordre de 10 à 20%. Et qu'en définitive, les 80 ou 90% restants étaient constitués des variables dites environnementales ou socio-économiques.

Sin embargo, para matizar tal afirmación hay que considerar que está hablando de una realidad diversa como es la de los países europeos y que busca explícitamente argumentos para no incrementar los gastos públicos en salud que rebasen la tasa de crecimiento económico del país, pues de acuerdo con esta concepción, de verificarse tal hipótesis se pone en riesgo el crecimiento económico. En una posición divergente a la anterior, Asa Cristina Laurell señala (1996) *Op. cit.*, p.16, que el monto de "la inversión y el gasto públicos en salud dependen de una decisión política respecto de las prioridades nacionales", premisa de la que saca la conclusión (2001) *Op. cit.*, pp. 30-31 y 73, de que en México la salud "no ha sido ni es prioritaria (...) aun antes de la aplicación de las políticas de ajuste estructural". Bajo esta línea argumentativa, al interrogarse sobre el papel y el peso que los servicios de salud y el acceso a los mismos juegan respecto de las condiciones de salud sugiere que éste es un tema discutible, al tiempo que destaca su relevancia primordial cuando se discute el tema más amplio de la reforma del sistema de salud; para lo referente a éste último párrafo ver, de la misma autora: (1996) *Op. cit.*, p.17 y (1998) *Op. cit.*, pp. 46-47.

seguro popular con las de la política social en su conjunto, acotada ésta última a su vez por la orientación y resultados de la política económica.

Mientras que con el sentido negativo de la respuesta, cuyo significado resulta más esencial en cuanto a la determinación y valoración de los niveles de salud, las condiciones sanitarias del D.F. representan el referente obligado en el que así sea únicamente en alguna medida la política pública tiene que incidir si es que pretende, como lo hace el seguro popular, incrementar los niveles de salud de la población, pero sobre todo si es que teóricamente procura dar bases más estables para esa mejoría.

Atento a este planteamiento teórico, pero debido también a la concepción limitada que lo acompaña en cuanto a los problemas de salud, el seguro popular estima las condiciones de salud en un sentido restringido, esto es, atendiendo solamente las consecuencias mas no las causas de la enfermedad y la muerte. Lo anterior se vislumbra en las consideraciones que pretende utilizar para evaluar los efectos de sus acciones encaminadas a mejorar los niveles de salud de la población.

De inicio, desde el diseño de la política pública analizada se plantea el problema de la medición del impacto del seguro popular en relación con la temporalidad y su efectividad. Al respecto, los responsables oficiales de analizarlo apuntan:

Los efectos de cualquier programa en las condiciones de salud de una población no son fáciles de medir porque con frecuencia el tiempo de implantación del programa no es suficiente para generar cambios medibles en las condiciones de salud.³

³ González Pier, Eduardo y otros-Secretaría de Salud [Unidad de análisis económico]. *Op. cit.*, p. 120. Los indicadores elegidos para la evaluación del seguro popular como componente central del SPSS en cuanto a sus efectos respecto de las condiciones de salud son: Esperanza de vida saludable, mortalidad general por sexo y edad, número de muertes maternas, mortalidad por cáncer cérvico-uterino, mortalidad por cáncer de mama, edad media de muerte de los pacientes diabéticos, edad media de muerte de los

Ante tal afirmación, que conduce implícitamente a la elección de las condiciones de salud “más oportunas” para su medición, se le puede formular la observación de que la dificultad que implica tal ejercicio no significa imposibilidad.

Por otro lado, si bien es cierto que no se puede ni en el corto ni en el mediano plazo obtener información cabal y precisa respecto del impacto de las políticas sanitarias en las condiciones de salud, en esos lapsos existen eventos medibles que podrían establecer acercamientos hacia la dimensión efectividad del seguro popular sobre las condiciones de salud, por ejemplo si se compara el número de casos que antes y después de afiliarse presentó la población en cuanto a los padecimientos más frecuentes en una población determinada o el número de personas sin seguridad social ubicadas dentro de los seis deciles más pobres que recibían atención en ese mismo supuesto antes de la afiliación, cotejado con el número de los que la reciben después de la implementación del seguro popular.

En síntesis, razones tanto teóricas como prácticas conducen al análisis de la relación política sanitaria-condiciones de salud, que se traduce para los fines de esta investigación en el examen del papel que el seguro popular juega como facilitador de los recursos que eventualmente permitirán a los capitalinos enfrentar la enfermedad y mejorar sus condiciones de vida, incrementando concomitantemente sus niveles de salud, sin descuidar el grado de integración de dicha política pública respecto de otros componentes de la política social para esos efectos.

pacientes hipertensos y mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. Ver, en la misma obra (p. 227) el anexo técnico 6 “Indicadores propuestos para cada Componente de la Evaluación Externa” [pp. 226-227].

6.1.1 *Enfermedad, muerte y seguro popular*

Si se considera el conjunto de servicios que brinda el seguro popular mediante las 249 intervenciones contenidas en el CAUSES⁴, se puede corroborar que dichas prestaciones atienden de manera limitada los padecimientos que derivan en las cinco principales causas de muerte en la entidad (fuentes de más del 50% de los decesos), como se desprende del siguiente cuadro.

Cuadro No. 7

Servicios ofrecidos por el seguro popular frente a las necesidades de salud en el D.F., dimensionadas a partir de las principales causas de muerte en la entidad

<i>Principales causas de muerte en el D.F.</i>	<i>Intervenciones ofrecidas por el seguro popular, relacionadas con los padecimientos letales en el D.F.</i>
Enfermedades del corazón, isquémicas principalmente	<p>13. Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria con 6 consultas de consejería.</p> <p>16. Línea de vida: acciones preventivas para niñas, niños y adolescentes con la finalidad de promover la salud y otorgar la cartilla nacional de salud a los pacientes.</p> <p>22. Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición y obesidad en niños y adolescentes, con 5 consultas por año, 3 claves medicinales y biometría como servicio auxiliar.</p> <p>92. Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de hipertensión arterial, con orientación del paciente acerca de sus hábitos, incluye 8 claves y 6 servicios con seguimiento cada 1 a 3 meses dependiendo del control y evolución de cada caso y vigilancia de los factores de riesgo para evitar las complicaciones.</p> <p>93. Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica (Incluye consulta de especialidad y seguimiento en medicina general: 5 consultas promedio por un año y monitoreo clínico de control, además de 6 claves de medicamentos y 6 servicios auxiliares de diagnóstico)</p> <p>143. Estabilización en urgencias por crisis hipertensiva, con 9 claves y 8 servicios auxiliares; prevé el envío a un servicio</p>

⁴ Ver el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud del Sistema de Protección Social en Salud, en: *Ibidem*. Anexo Técnico 1 (pp. 133-206).

	<p style="text-align: right;"><i>... continúa cuadro</i></p> <p>(cetoacidosis). Comprende estabilización y envío a un servicio especializado para su atención integral. Incluye estudios de laboratorio, gabinete y medicamentos de urgencia.</p> <p>145. Manejo en urgencias del síndrome hiperglucémico no cetósico. Con los mismos servicios que el número anterior.</p> <p>182. Diagnóstico y tratamiento de neuropatía periférica secundaria a diabetes con manejo de una agudización en hospital por un promedio de dos días.</p> <p>248. Diagnóstico y tratamiento de pie diabético (incluye desde lavados quirúrgicos hasta amputación supracondílea). Comprende adiestramiento en la colocación y uso de la prótesis, manejo de dolor y cuidados del muñón una etapa preprotésica.</p>
Tumores malignos (Diferentes tipos de cáncer)	<p>10. Diagnóstico y consejería contra tabaquismo en adolescentes, con atención médica y psicológica en los servicios de salud mental.</p> <p>*14. Examen médico completo para mujeres mayores de 40 años de edad ...</p> <p>*15. Examen médico completo para hombres mayores 40 años de edad para la detección ...</p> <p>211. Diagnóstico y tratamiento de cáncer de piel (no incluye melanoma), con estudios preoperatorios, un promedio de una hora de procedimiento quirúrgico y un día de hospitalización. También incluye medicamentos analgésicos con tres claves farmacéuticas y tres servicios auxiliares.</p>
Enfermedades cerebrovasculares	<p>9. Diagnóstico y consejería del alcoholismo. Incluye apoyo psicológico y consejería para formar grupos de autoayuda y estimular la participación en programas específicos como Alcohólicos Anónimos.</p> <p>*10. Diagnóstico y consejería de tabaquismo</p> <p>*13. Detección de trastornos alimentarios... [En general, como la diabetes representa un factor de riesgo para éste padecimiento, se pueden considerar aquí todas las acciones que para la diabetes como enfermedad mortal se enumeraron líneas arriba].</p> <p>*92. Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de hipertensión arterial...</p> <p>*143. Estabilización en urgencias por crisis hipertensiva...</p> <p>*179. Manejo hospitalario de hipertensión arterial...</p>
Enfermedades del hígado	<p>*9. Diagnóstico y consejería del alcoholismo...</p> <p>169. Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático amebiano. Comprende diagnóstico con exploración física y 10 servicios auxiliares más 5 claves farmacológicas.</p> <p>176. Diagnóstico y tratamiento de hepatitis A. Su tratamiento es a base de reposo, dieta baja en grasas y no se recomiendan medicamentos. Se incluye atención en consulta externa o urgencias y 5 servicios auxiliares de diagnóstico.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en el Catalogo Universal de Servicios Esenciales de Salud del Sistema de Protección Social en Salud, reproducido en *Ibidem*, pp. 133-206, y Programa de Salud del GDF 2002-2006. *Op. cit.*, p.6. Las marcas con asteriscos y la conclusión con puntos suspensivos de las intervenciones enumeradas quieren decir que ya se mencionaron con antelación.

Del contraste de la información se pueden destacar los siguientes hechos: a) los servicios se describen limitativamente, de tal manera que si los enfermos requieren otra consulta o servicio, el médico no tiene la obligación institucional de prestarlos por no quedar comprendidos dentro de la cobertura del seguro popular⁵; b) de las 21 intervenciones ofrecidas para enfrentar las cinco principales causas de muerte en la entidad, 7 son netamente preventivas orientadas al paciente, es decir, de diagnóstico y 4 de ellas son de manejo de urgencias con fines de estabilización. Así, sólo la mitad (10 intervenciones) se dirigen al tratamiento de los padecimientos que causan más del 50% de las muertes en el D.F.

Esta limitación del seguro popular para la atención de los padecimientos crónico-degenerativos, se palpa fehacientemente al revisar las diversas modalidades que adquieren dichas enfermedades. Por ejemplo, el Consejo de Salubridad General reconoce como enfermedades graves y costosas a 22 diferentes tipos de cáncer o tumores malignos, 2 problemas cardiovasculares (infarto agudo de miocardio y angina inestable) así como 3 enfermedades cerebro-vasculares (infarto cerebral, hemorragia intracerebral y hemorragia subaracnoidea)⁶, los cuales no son cubiertos por el seguro popular.

⁵ Al respecto, el artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud señala en su fracción V como criterio para que la CSPSS “establezca la secuencia” y los “alcances de cada intervención”, el hecho precisamente de “establecer las intervenciones cubiertas, a manera de catálogo”. Mientras que en su artículo 10 prescribe que si los estados incrementan los servicios estipulados, su “financiamiento correrá a cargo de los gobiernos de las entidades federativas”.

⁶ Ver el anexo técnico 4.1 *Enfermedades e intervenciones asociadas a gastos catastróficos* en: González Pier, Eduardo y otros-Secretaría de Salud [Unidad de análisis económico]. *Op. cit.*, pp. 217-220.

A lo anterior se debe agregar la insuficiencia de infraestructura para la atención médica más la falta y la mala distribución del personal médico, problemas a los que se suma el desabasto de medicamentos, pues a pesar de que en estos rubros el D.F. se ubica en la mejor posición del país, dichos problemas también se resienten en la entidad (supra, pp. 188, 273, 274-282 y 287-288).⁷

No obstante que el seguro popular representa un salto cuantitativo respecto de las catorce intervenciones que recibía la población capitalina sin seguridad social antes del año 2000⁸, los padecimientos más severos, costosos y que en mayor medida conducen a la muerte de la población en la entidad prácticamente no son cubiertos por él.

Y si bien es cierto que como parte de esta política pública se pretendió enfrentar algunos de ellos (los 12 diferentes tipos de cáncer en niños y el cáncer cervicouterino) mediante el fondo de protección contra gastos catastróficos del SPSS, la estabilidad financiera de dicho fondo es abiertamente cuestionada desde la academia e incluso por parte de organismos gubernamentales como la Auditoría Superior de la Federación

⁷ En cuanto a la carencia de medicamentos, un acercamiento lo da el ex-presidente de la Asociación Nacional de Médicos Petroleros, Jesús Errasquin Bernal, quien señaló que “el desabasto de medicamentos alcanza casi el 50 por ciento en ciertos hospitales, a tal grado que las familias deben conseguir por fuera los fármacos y pasar luego la factura a la dirección de los hospitales, no tenemos material quirúrgico, y gran parte de lo que hay es obsoleto, pero también existe un déficit de personal, que oscila entre 30 y 35 por ciento, tanto de médicos especialistas como generales”. Al respecto ver: Gómez Mena, Carolina. “Mano dura en Pemex contra 25 médicos por denunciar carencias”. Diario la jornada del día 11 de junio de 2006, sección sociedad y justicia. p.34. No hay que olvidar que los servicios médicos de Pemex son los mejor calificados por los propios usuarios, de acuerdo con la ENSANUT 2006 (supra, pp. 103-104). El desabasto de medicamentos en los estados de Aguascalientes, Chiapas, Guanajuato y Jalisco es documentado por Gustavo Leal F. en: *¿Seguro Popular: “garantía” para los pacientes?* Diario la jornada del día 1 de julio de 2006, sección opinión, p. 26.

⁸ Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos. *Op. cit.*, pp. 9-10 donde se habla de un “Paquete Básico de 14 intervenciones y 19 medicamentos, al igual que en el resto de las entidades federativas, y la atención inicial de urgencias. Para el resto de los servicios los usuarios tenían que pagar una cuota de recuperación y los medicamentos”. En este sentido, el Programa de Salud del GDF 2002-2006 (p. 7) habla de 13 intervenciones dentro del sistema descentralizado para población abierta con su “cobertura universal y gratuita”.

(supra, p. 209), además de que para el año 2006 sólo cubría el cáncer cervicouterino y la leucemia linfoblástica aguda en la infancia.⁹

Mención expresa requiere la atención que la política pública ofrece a los principales padecimientos de los grupos más pobres en la entidad: los respiratorios. Dichas enfermedades son enfrentadas principalmente mediante 16 intervenciones consistentes en el diagnóstico y tratamiento de amigdalitis aguda, faringitis aguda, laringitis y traqueitis agudas, otitis media no supurativa, otitis media supurativa, rinofaringitis aguda (resfriado común), sinusitis aguda, conjuntivitis, asma en adultos, asma en niños bronquiolitis, bronquitis aguda, meningitis, neumonía de comunidad en niños y la misma pero en comunidad de adultos mayores, además del denominado padecimiento de la pobreza: la tuberculosis.

Aunque en los mismos términos limitativos, este cuadro representa la atención puntual de las causas de enfermedad más comunes entre los grupos menos favorecidos (supra, pp. 257-259, 262-274), lo que significa un avance pero exclusivamente para los dos deciles más pobres que son los que están exentos de pago, pues como se dijo en su oportunidad resulta cuestionable la capacidad de pago del 65% de los capitalinos quienes sobreviven bajo el umbral de la pobreza (supra, pp. 172-177 y 266-270).

Mientras que para los estratos más altos la prima que deben pagar para acceder a los servicios de salud ofrecidos por el seguro popular resulta alta comparada con los servicios privados ubicados en el segundo lugar entre los mejor calificados en cuanto a percepción de calidad según los

⁹ Al respecto se manifestó Alejandro Mohar Betancourt, director del Instituto Nacional de Cancerología en el 2006: “Aunque, respecto al cáncer, el nuevo esquema de aseguramiento (se refiere al seguro popular) únicamente prevé, hasta ahora, el tratamiento del cáncer cérvico uterino y la leucemia linfoblástica aguda en la infancia”. Asimismo, demandó nuevas instalaciones, pues denunciaba la saturación en el Instituto. Ver: Leal Fernández, Gustavo (2008). *Op. cit.*, p. 68.

propios usuarios, frente al segundo lugar que de acuerdo con la misma clasificación ocupa el seguro popular entre los peores (*supra*, pp. 103-104).

En cuanto a la pretensión de la política pública de establecer una cuota familiar progresiva que ayudara a financiar los servicios para los más pobres con las aportaciones de los más ricos, se puede observar que en el caso de afiliarse, la contraprestación que respectivamente deben pagar los dos deciles más altos del ingreso se incrementó (de \$6,740 y \$10,200 pesos anuales en el año 2005 a \$7,518.97 y \$11,378.86 para el año 2009) de tal manera que resulta elevada frente a los precios que se pagan por un seguro médico en los servicios privados.¹⁰

Con lo dicho hasta aquí se puede adelantar la conclusión de que el alcance del seguro popular frente a los perfiles de morbilidad y mortalidad en la entidad resulta limitado. Si bien es cierto que representa un avance considerable respecto de las principales causas de enfermedad entre los más pobres (20% de la población), la lógica propia de la política pública que busca bases de financiamiento mediante el cobro de cuotas anticipadas excluye de sus beneficios en este renglón (el tratamiento de los padecimientos respiratorios) al 45% de la población capitalina que también sobrevive en pobreza y por lo tanto es previsible que también los padezca.

El alcance limitado del seguro popular se repite respecto de las principales causas de muerte en el D.F., frente a las que también existen progresos si se compara con la situación de la atención institucional en

¹⁰ Por ejemplo en promedio los servicios particulares de salud, mismos que cuentan con una percepción de calidad superior a la del seguro popular, un plan básico que incluye hospitales de menor costo, con una suma asegurada de 500 mil pesos y un deducible de 4 mil, contempla primas de 7 mil 100 pesos en el caso de un varón y de hasta 9 mil 300 en el caso de una mujer; mientras que un plan ejecutivo de cobertura nacional, con suma asegurada ilimitada y un deducible de 8 mil pesos, con coaseguro del 10%, contempla un costo total de 16 mil pesos en el caso del varón y 20 mil 100 mil pesos para la mujer. Los datos están en: http://blogs.eluniversal.com.mx/weblogs_detalle.php?p_fecha=2009-04-28&p_id_blog=81&p_id_tema=758.

salud anterior al año 2000. Por ejemplo, el tratamiento contra la hipertensión arterial y la diabetes mellitus ya estaban incluidos en el paquete básico gratuito anterior al año 2000, además de las mismas grandes salvedades descritas en el párrafo precedente, a las que se agrega muy destacadamente para el caso de los padecimientos crónico-degenerativos el hecho contundente de que quedan excluidos en razón de su costo la inmensa mayoría de los mismos.

6.1.2 *La integración del seguro popular con la política social como estrategia frente a las condiciones de salud*

Si la limitación, la exclusión y los avances acotados debidos en buena medida a la práctica incremental de la atención institucional de la enfermedad en el país son las características del seguro popular frente a las manifestaciones externas de los procesos de salud-enfermedad y muerte en el D.F., continuar con el análisis encamina hacia la pregunta sobre las causas de dichos procesos así como de manera conexas por el impacto del seguro popular en las mismas.

Para presentar una respuesta es preciso recordar que su tratamiento se ubica al margen de la política pública sanitaria vigente, pero que se pretende atenderlas desde diversos y más amplios ámbitos de la política pública como es el de la política social, determinada a su vez por la política económica (supra, pp. 75 y ss.).

Así, la explicación de los problemas sanitarios en el D.F. a partir de sus raíces, es decir, de las condiciones de salud y su tratamiento práctico conduce, desde la óptica de la política pública, a examinar el grado de integración del seguro popular con los otros componentes de la política

social involucrados en la carencia y dotación de los recursos con los que cuentan los capitalinos para enfrentar tanto la enfermedad como la muerte en busca de mejores niveles de salud.

Pero antes de exponer el contenido de dicha relación es pertinente acotar su significado. De manera genérica, con el concepto integración de políticas se pretende establecer una referencia cualitativa respecto de la forma en que los planteamientos gubernamentales, una vez traducidos en acciones, intervienen coordinadamente sobre la realidad y, esto es, sobre los problemas que intentan atender y eventualmente resolver en algún grado.

Es la coordinación de las políticas públicas y su grado el elemento que resalta cuando se habla de integración de políticas frente a una realidad cuyos aspectos problemáticos remiten, en el caso específico de la política social implementada precisamente mediante políticas públicas, a elementos estructurales de la conformación social que dificultan cualquier pretensión de su tratamiento, bien sea que busquen trastocarlos, ó, lo que es más común en el ejercicio gubernamental, que simplemente procuren encauzarlos.

En cuanto al nivel de integración, en la práctica se pueden distinguir dos grados: por una parte, la integración administrativa de las políticas públicas que remite a la utilización de instrumentos comunes en el transcurso que describen o sólo en algunas etapas del denominado proceso de políticas como son implementación, control y evaluación.

Mientras que en un nivel más agregado se ubica la integración funcional cuyo alcance en cuanto a la coordinación de las políticas es más profundo y significa la unidad de contenidos con el fin de encauzar distintos aspectos de la realidad, involucrando así, además de las etapas ya

mencionadas, el análisis, la construcción del problema público, el establecimiento de alternativas así como la elección de los medios y las estrategias para abordarlos. En el segundo caso, es decir, la integración funcional, todavía se pueden hacer dos subdivisiones más que dan como resultado la integración parcial o total de las políticas si se toma en cuenta su unión con todos sus elementos o sólo de algunos de ellos.

Por otra parte, si se atiende al momento en que se da la integración ésta puede ser de origen cuando las políticas o algunos de sus elementos se articulan desde su concepción y análisis para su implementación, ó por absorción cuando a una política pública ya implementada se le adhieren otras o algunos de sus elementos. Teóricamente, la combinación de los diversos grados y modos de integración es posible en todas sus direcciones y derivan en consecuencias prácticas que resulta preciso indagar en cada caso.

Para ejemplificar con los elementos propios de la presente investigación e introducir con ello el tratamiento del tema, para la afiliación al seguro popular se verificó la integración administrativa con la utilización del padrón del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) cuyo antecedente es el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), con la acotación de que el PDHO es por sí mismo un ejemplo de la integración funcional de políticas, de origen y parcial como se desprende de los tres rubros que componen la denominación de su antecesor mismos sobre los que intenta incidir.

Con lógica similar, el SPSS representó un caso de integración funcional por absorción en el que a la prestación de servicios de salud por parte del seguro popular se le agregaron otros del mismo tipo a través del fondo contra gastos catastróficos, mismo sentido (aunque resulta discutible si es parcial o total en la medida que el cambio de afiliación es voluntaria)

en el que se desarrolló la coordinación institucional del SPSS con el programa IMSS-Oportunidades.

Un ejemplo de una posible integración total y por absorción se dio con el decreto publicado en el DOF el 27 de febrero 2006 que crea una comisión permanente de protección social, el cual pretende instituir un sistema de ahorro para el retiro a favor de los beneficiarios del PDHO (SAROP) que incluye la afiliación tanto al seguro popular como a los programas de vivienda.

A la par de dichas políticas públicas y junto con los elementos que de las mismas intentó retomar, el seguro popular pretendió atemperar el déficit que su ubicación sectorial y su alcance en tanto política pública sanitaria para la atención de las manifestaciones externas de la enfermedad le imprimen frente a las condiciones de salud en la entidad. A continuación se analiza tal integración junto con las perspectivas de su alcance.

Si la materia educativa se ubica y desarrolla en contornos distintos a los de la salud, ambos comparten la característica de dirigirse a los núcleos sociales con la pretensión de mejorar sus condiciones de vida, de tal forma que entre ellas se puede tender puentes, cuya construcción y orientación dependerá del ángulo en que se ubiquen sus arquitectos.

Desde la perspectiva de la política y las condiciones sanitarias, los cimientos de la edificación se ubican en la educación para la salud que de manera genérica prepara al individuo para su interacción con el medio además que de una manera más acotada procura encauzar los comportamientos humanos hacia estilos de vida más saludables. La educación para salud como acción pública posibilita la puntualización de la

relación establecida entre la política sanitaria (seguro popular) y la educación considerada como condición de salud.

Al respecto, el SPSS carece de un programa que de manera más o menos amplia eduque a la población con miras a orientar sus hábitos de consumo y sus estilos de vida, sin embargo comprende una serie de intervenciones en ese sentido que agrupa en el Catálogo de Servicios de Salud a la Comunidad, cuya prestación deja a los estados (artículo 4 del RLGSMPS) reglamentando su financiamiento a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad mediante los artículos 77 bis 20 de la LGS y 83 a 94 del propio RLGSMPS.¹¹

Los servicios previstos en el catálogo de servicios de salud a la comunidad¹² involucra las siguientes intervenciones respecto de la educación para la salud: organización comunitaria para la salud; promoción e información sobre el autocuidado de la salud y estilos de vida saludables; información, educación y comunicación sobre la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida; cartillas nacionales de salud; información, educación y comunicación sobre temas básicos de salud entre la población escolar; promoción y difusión de una vida sin violencia familiar, sexual y contra las mujeres e información, educación y comunicación a la población migrante en el origen, tránsito y destino, así como capacitación a madres en la identificación de signos de alarma de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y de nutrición en menores de cinco años, además

¹¹ El artículo 77 bis 20, único que integra el capítulo IV denominado “Del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad”, estipula la creación de dicho fondo con un monto determinado por la SSA mediante una fórmula que deberá ponderar, dice: cantidad de población, riesgos sanitarios y prestación de servicios en cada estado. Mientras que el artículo 4 del reglamento señala la obligación del sistema para cubrir los servicios de salud a la comunidad.

¹² Ver cuadro 4.11 *Catálogo de servicios de salud a la comunidad (CASSCO)* en: González Pier, Eduardo y otros-Secretaría de Salud [Unidad de análisis económico]. *Op. cit.*, pp. 101-102.

de capacitación y educación tanto a la población civil como a los profesionales en la atención inmediata de urgencias médicas.

Si bien es cierto que dichas medidas resultan indispensables en aras de formar criterios, pero sobre todo comportamientos humanos más acordes con una vida saludable, su eficacia se puede ver obstaculizada y limitada tanto por la profundidad como por la forma además de la regularidad con la que se implementan.

En este caso, la información se brinda al individuo así como a pequeños grupos vía el personal médico¹³ e incluso en los medios electrónicos masivos aparecen intermitentemente mensajes orientados a establecer hábitos de vida más saludables (por ejemplo el denominado Prevenimss o cápsulas contra la obesidad y hasta un programa radiofónico que trata sobre la diabetes; las últimas dos en medios públicos: radio IPN y radio educación respectivamente).

Sin embargo, ante la persistencia de la principales causas de muerte en la entidad cuyos orígenes remiten a los hábitos de consumo así como a los estilos de vida ¿Por qué no pensar en articular esas acciones y evaluar la pertinencia de otras más (por ejemplo promoción del deporte) como parte de la política de salud en una estrategia que comprenda mayor presencia en los medios además de su inclusión en la currícula escolar de la educación básica? Acciones y contenidos que requerirían alguna forma de integración entre la política sanitaria con las respectivas tanto de educación como de comunicación social. Para tal efecto, cabe pensar en aprovechar la

¹³ Este modelo es el predominante en el sistema de salud mexicano y a partir de él se puede ubicar pertinentemente el hecho de que “la promoción y educación para la salud operativamente ha quedado minimizada a desarrollar acciones secundarias, “complementarias” de los servicios médico-curativos y reducidas a realizar “acciones educativas” al interior de las unidades de salud.” Mientras que “desde el punto de vista operativo y técnico” tal actividad, trascendente para los niveles de salud, se reduce a platicas. Ver Omaña Mendoza, Enrique. *Educación para la salud. Una mirada desde la operación de los servicios de salud a población abierta en el Distrito Federal* [pp. 183-193] en: Eibenschutz Hartman, Catalina y otros (compiladores). *Op. cit.*, p. 184.

fijación puntual del tema de la salud en la agenda pública mexicana, luego de la crisis epidemiológica iniciada en marzo-abril de 2009.

Y si en contra de la línea de acción general que forma parte de la pregunta se argumentara falta de recursos, hay que precisar que dentro de la estructura de la SSA existe la Dirección General de Promoción de la Salud, adscrita a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud con presupuesto asignado, misma que de acuerdo con el Reglamento Interior de la dependencia tiene encomendado "definir los contenidos educativos y participar en el diseño, producción y difusión de materiales impresos y audiovisuales para la prevención y promoción de la salud".¹⁴

En cuanto a los precios de los alimentos como condicionante de los niveles de salud, se puede apuntar que frente a los altos niveles de pobreza el gobierno intenta paliar los efectos de una posible carencia de dichos satisfactores esenciales, por ejemplo a través del subsidio para la venta de leche vía el Programa de Abasto Social de Leche, a cargo de la empresa de participación estatal mayoritaria Liconsa, S.A. de C.V., que cubre a más de 1.3 millones de capitalinos, o bien mediante el control indirecto de los precios de algunos productos que componen la canasta básica mediante la exención del pago del impuesto al valor agregado al momento de adquirirlos.

En este sentido cabe mencionar al PDHO como un elemento de la política social que se compone de tres vertientes: educación mediante

¹⁴Artículo 28, fracción XII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Para tal fin se coordina con instituciones públicas, privadas y sociales, nacionales e internacionales como establecen las fracciones XI, XIII y XIV, además de que en la fracción IX se le obliga a promover el desarrollo y fortalecimiento de conocimientos, aptitudes, actitudes y comportamientos favorables para la salud individual, familiar y colectiva, que propicien el autocuidado de la salud en las diferentes etapas de la vida y su corresponsabilidad para conformar comunidades y entornos saludables; agrega en la X la de impulsar la investigación para tal cometido. Todas estas atribuciones se establecieron en sus términos a partir de noviembre de 2006 por decreto de reforma publicado el día 29 de ese mes y año en el DOF.

becas escolares para estudiantes menores de 18 años que cursen entre el tercer grado de primaria y el último grado de secundaria así como para la educación media superior entre los 14 y 21 años; alimentación que se atiende por medio de apoyo monetario, además de suplementos alimenticios más educación alimentario nutricional (estos dos últimos para niños y embarazadas), mientras que el tercer componente es la salud a través de la prestación de los servicios comprendidos en el paquete esencial de servicios a la salud.¹⁵

La población objetivo, es decir, a quienes se dirigen las prestaciones, son las familias que padecen pobreza alimentaria, esto es, poco menos del 20% de la población mexicana (18.2% en 2006), prácticamente la misma población exenta de pago en el seguro popular, lo que se explica en ambos casos por el enfoque focalizado de la política social federal. Para la operación del PDHO se prevé la intervención coordinada de la SEDESOL, la Secretaría de Educación Pública, la SSA y el IMSS, derivando la de éste último organismo público en el programa IMSS-Oportunidades al cual administra, éste último programa busca cubrir el componente salud con la presencia física que tiene el instituto a nivel nacional, específicamente en zonas rurales.

Ahora bien, y por lo que hace a la integración del seguro popular con el programa oportunidades en aras de afrontar el condicionante sanitario acceso a servicios médicos, se entiende que al ser más amplio el número de intervenciones del seguro popular comparadas con el paquete esencial ofrecido por el componente salud de oportunidades, se previó el cambio de afiliación.¹⁶

¹⁵ Ver: Secretaría de Desarrollo Social (Gobierno Federal). Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Manual Micro Regiones, impreso en el mes de octubre 2004, pp. 3-14.

¹⁶ La permanencia del programa IMSS-Oportunidades y el cambio de afiliación voluntaria al seguro popular desde el componente salud del primero se previeron en los artículos transitorios décimo sexto

Desde el ángulo de la salud, el programa oportunidades, al representar el ejemplo más acabado de la integración funcional de políticas de corte social, redundante en el tratamiento traslapado de tres condicionantes esenciales para acceder a mejores niveles de salud: educación, alimentación y atención médica con los límites y alcances que para este último rubro ya se precisaron en diversos momentos del desarrollo de la investigación.

La principal crítica que en un plano general se puede enderezar contra la acción coordinada de dicho programa con el seguro popular es que únicamente atenderían, de alcanzar a toda su población objetivo (oportunidades) ó la denominada población prioritaria (seguro popular), a los más pobres de los pobres, lo que equivale en el plano nacional a excluir a 29% de mexicanos quienes sobreviven en esa condición, esto es, alrededor de 30 millones de personas. Para el D.F. ello significaría la no extensión de los beneficios coordinados de la política social federal para su población que padece de pobreza sin adjetivos de acuerdo con datos del Coneval, respecto de 2,300, 000 capitalinos.¹⁷

Pero el hecho de que las prestaciones del PDHO se materialicen en los componentes educación y alimentación a través de dinero impacta en otro condicionante sanitario: el ingreso, sobre el que dicho programa intenta todavía una acción excepcional más que se verifica cuando el joven estudiante de la educación media superior que recibe una beca para tal fin

del decreto de reforma de la LGS de 2003 que introdujo precisamente al SPSS, así como el décimo séptimo del RLGSMPS.

¹⁷ Según el Coneval, en el D.F. durante el año de 2005 vivían en pobreza alimentaria 5.4% de los capitalinos, o sean 473,627 mientras que el 31.8% padecía de pobreza patrimonial, lo que significó 2, 775,167 habitantes de la entidad. Tomado de CONEVAL. “Mapas de pobreza por ingresos a nivel nacional y estatal 2005”, en: Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión titulado “Perfil Socioeconómico del Distrito Federal”, documento de trabajo CEFP/037/2009 de junio de 2009, pp. 24-27.

concluye sus estudios antes de los 22 años, éste recibe aún el recurso con el objeto, dice el programa, de constituir en su favor un fondo de ahorro cuyo monto se destine para su acceso al nivel superior, emprenda un negocio, mejore su casa, ahorre o invierta en salud.

Fines loables que se colisionan con la desigualdad del ingreso en el D.F., lo que a su vez trae como consecuencia que 75% de la población económicamente activa en la entidad no cuente con los recursos suficientes para adquirir la canasta básica (supra, p. 270-271).¹⁸ Respecto del ingreso, el seguro popular actúa desde dos frentes para mejorarlo, sin embargo, en ambos casos resulta difícil precisar su profundidad, por la naturaleza de los servicios de salud.

Desde la perspectiva de integración de políticas, el gobierno federal instituyó mediante un acuerdo presidencial el Consejo Nacional de Protección Social con el fin de lograr la "integración funcional de los beneficios en materia de salud, vivienda" (con servicios básicos incluidos, es decir otra de las condiciones de salud) "y ahorro para el retiro, entre

¹⁸ En cuanto al alcance del PDHOP, hay que considerar que sus antecedentes se remontan a 1989 con el programa nacional de solidaridad; en el año 2006 entre su cobertura contaba con 5 millones de familias afiliadas que, comparadas con los 18 millones 790 mil personas que padecían de pobreza alimentaria (su población objetivo) en el país a principios de este siglo resulta satisfactoria aunque cuestionable debido a los 30 millones de pobres que a nivel nacional no se benefician con el programa. En este sentido, la aspiración en el actual sexenio 2006-2012 es mantener la cifra de 5 millones de afiliados. Al respecto ver: Muñoz, Alma E. "Seguirá igual el número de beneficiarios de Oportunidades", diario la jornada del 7 de diciembre de 2006, sección sociedad y justicia, p. 9 [la nota periodística habla sólo de cinco millones de afiliados en detrimento de la función informativa, pues no precisa que se trata de 5 millones de familias]. Una muestra más deviene del monto del recurso que se otorgaba en el 2006: \$3.59 pesos diarios por cada miembro de la familia, tanto para educación, alimentación y eventualmente ahorro. Esta última cifra en: Fernández-Vega, Carlos. "El instrumento Oportunidades", columna México SA, diario la jornada del día 27 de septiembre de 2006, p.36.

Asa Cristina Laurell (2001) apunta que a pesar de que los montos son pequeños implican "un incremento sustancial del ingreso familiar de los más pobres" pero critica, aparte del alcance limitado de los programas focalizados de combate a la pobreza, su discrecionalidad con miras electorales, su individualización que propicia la destrucción de las organizaciones sociales así como su estructuración a partir de un techo presupuestal rígido menor a 1% del PIB que soslaya las necesidades sociales. Ver, de la autora *Op. cit.*, p. 31.

otros, que el Gobierno Federal ofrece a la población que no cuenta con seguridad social”.¹⁹

Con esta disposición se intentó emular el régimen de seguridad social, pues pretende construir un sistema con la misma denominación más el calificativo de popular que comprende un subsistema de ahorro para el retiro destinado a la población de 20 a 69 años de edad, conducida bajo el sistema de cuentas individuales por una administradora en donde por cada peso aportado por el contribuyente corresponde otro tanto erogado por el gobierno con recursos públicos; además de que se prevé la inclusión en los programas de vivienda bajo los lineamientos del Fondo Nacional de Apoyo Económico a la Vivienda, todo ello junto con los servicios de salud mediante el seguro popular.

En la medida que su población objetivo es la cubierta por el PDHO, se pueden replicar las observaciones ya elaboradas líneas arriba, es decir, que tiene un alcance muy limitado de beneficiarios ante la profundidad y extensión de la pobreza en la capital, problema del que deriva la escasa capacidad económica de los sujetos a quienes se invita a ahorrar, pues la afiliación es voluntaria.

En términos coloquiales, la idea es buena pero para lograr resultados requiere de una base material más sólida con la que se mejore el ingreso de los pobres extremos en la entidad (2.2 millones de habitantes en zonas de muy alta marginación según el GDF, ó 473 mil 627 habitantes que padecían de pobreza alimentaria en el año 2005 de acuerdo con el Coneval)²⁰ a lo que se suma la necesidad de que se argumente, diseñe e

¹⁹ Artículo 4 del acuerdo por el que se crea el consejo nacional de protección social, como una comisión intersecretarial de carácter permanente publicado en el DOF el 27 de febrero del 2006.

²⁰ Ver, respectivamente: Provencio Durazo, Enrique y Yanes Rizo, Pablo Enrique (editores). *Op. cit.*, p. 38, y *supra*, p. 315, junto con la nota 17 del presente capítulo.

implemente la política pública de tal forma que si los ciudadanos no la hacen suya, por lo menos no se opongan a la misma.²¹

La necesidad de una base material para la acción pública desde el punto de vista de la política social, además de la naturaleza que dentro de ésta última adquieren los servicios de atención a la salud y su relación con el ingreso, conducen a dos condiciones sanitarias más que corren juntas en el esquema de seguridad social implementado durante el siglo pasado: empleo (de manera sobresaliente su calidad) más el acceso a los servicios de salud.

En cuanto al empleo y su calidad, aspectos que dependen más de la política económica que de la social, el seguro popular adolece, por esa misma razón, de cualquier integración con las acciones intermitentes y más bien aisladas emprendidas en el seno de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social federal orientadas a la capacitación para el empleo y el empleo temporal.

Al respecto hay que anotar que en el marco de la imperiosa necesidad de capitales que se inviertan en el país para activar la economía,

²¹ Gustavo Leal Fernández relata el rechazo de vendedores ambulantes en voz del Frente Nacional de Comercio Informal, a un “decreto que los obliga a pagar 100 pesos mensuales para realizar el comercio en la vía pública e incorporarlos al Seguro Popular” por lo que adujeron que buscarían un amparo ante el poder judicial federal. Ver, del autor: ¿“Megasistema” de “protección social”? diario la jornada del día 17 de junio de 2006, sección opinión, p. 20. En este artículo periodístico, el investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana dice que el rango de edad de quienes se integrarían voluntariamente en el sistema de ahorro para el retiro de oportunidades, es de 30 a 69 años. Al respecto, cabe señalar que en un texto publicado por la OIT se recomienda someter a consulta de los beneficiarios y de sus organizaciones, tanto la elección como el nivel de prestaciones de seguridad social, ver: Shashi, Jain. *Seguridad social básica en La India* [Capítulo 2, pp. 45- 81] en: Organización Internacional del Trabajo. *Op. cit.*, p. 78.

Más protestas contra el seguro popular, esta vez por parte de personal sindicalizado en Chiapas, así como de médicos y trabajadores del Instituto Nacional de Cancerología, en éste último caso debido a la multiplicación de jornadas de trabajo hasta en tres tantos a partir de la implementación de SP sin contraprestación alguna, es relatada por Leal Fernández, Gustavo (2008). *Op. cit.*, pp. 59-60 y 69-70 respectivamente.

aunada a la estrategia de éstos últimos que busca maximizar sus ganancias, la política del gobierno federal se dirige hacia la flexibilización de hecho del mercado laboral en detrimento de la calidad del empleo, es decir, al margen de la legislación laboral que las dos últimas administraciones federales buscaron reformar para holgarla.

Si en el D.F. más del 40% de la PEA obtiene sus ingresos en el sector informal de la economía y el seguro popular únicamente exenta del pago por sus servicios al 20% más pobre toda vez que pretende el aseguramiento universal mediante el mecanismo de prepago, lo que implicaría asegurar a ese universo que labora sin prestaciones sociales, las estrategias para materializar dicha pretensión representa una veta para ser explorada con el fin de idear, argumentar y eventualmente implementar una política de carácter socioeconómico, pues en este rubro el propio seguro popular puede ser interpretado como el reconocimiento implícito de la insuficiencia de la política económica tal y como se concibe e implementa actualmente para emplear en buenas condiciones a la población activa.

Pero incluso, visto el problema desde el ángulo de los hacedores de la política económica, el seguro popular podría representar una serie de incentivos que alienten la permanencia de la población económicamente activa en la informalidad²² (léase empleo de baja calidad), lo que demuestra el nexo entre la política sanitaria como parte de la política social y la política económica, pues las acciones emprendidas en un ámbito repercuten en el otro y viceversa.

²² Según Guillermo Ortiz Martínez, presidente del Banco de México: la atención de la salud bajo el esquema del seguro popular “podría estar incentivando un mayor nivel de empleo informal”. La documentación de tal afirmación esta visible en: Arteaga, José Manuel y González, Ixel. “Seguro Popular enfrenta a los titulares de Banxico y Salud”. Diario el Universal, versión electrónica del viernes 27 de julio de 2007. En este mismo sentido se pronunció Santiago Levy, para quien “el diseño de programas como el del Seguro Popular promueven la informalidad, en un escenario en el que muchas empresas pequeñas han dado de baja a sus trabajadores del escenario tradicional para incorporarlos al nuevo”, según su comentarista. Al respecto ver: Barranco, Alberto. *Op. cit.*,

Respecto del punto pendiente, relativo al impacto de la atención a la salud en el ingreso con la concomitante disminución de los padecimientos acaecidos con la pobreza, se sabe que dichos cuidados se convierten en un activo cuando el individuo enferma, pues le permite enfrentar la crisis sin desembolsos por el tratamiento. De tal magnitud puede ser su impacto que por ejemplo Julio Boltvinik, luego de realizar un estudio en cuatro colonias marginadas del Valle de México llega a la siguiente conclusión: "los pobres extremos son pobres moderados sin acceso adecuado a servicios de salud".²³

Sin embargo, el seguro popular implica dos restricciones que entorpecen el acceso de los capitalinos a los servicios de salud que presta; por un parte, las cuotas familiares que impone representan una barrera para 45% de la población que pese a ser pobres no están exentos porque no son pobres extremos. Asimismo, la estrategia básica del seguro popular en cuanto a los medios para ampliar la cobertura consiste básicamente en operar con la infraestructura ya existente en la capital, que es la más extensa en cantidad comparada con las otras entidades del país pero que resulta inadecuada para atender los padecimientos de los capitalinos (supra, pp. 264-274 y 279-281).

Ello a pesar del denominado Plan Maestro de Infraestructura (PMI) en el SPSS, pues aunque los procesos de actualización del plan y el de detección de necesidades que utiliza para implementar las acciones en infraestructura (fortalecimiento, ampliación, equipamiento, sustitución o construcción de obra) fueron certificados por la Norma ISO 9001:2000, existen diversas consideraciones que se pueden realizar para ver la posibilidad del flujo de recursos así como respecto de su suficiencia.

²³ Ver, del autor, *La magnitud y características de la pobreza en las colonias* [pp. 427-478] en: Scheingart, Martha (coordinadora). *Op. cit.*, p. 471.

Las observaciones que se pueden hacer al PMI para el caso del D.F. son que para la canalización de los recursos, determinada por la SSA a solicitud de los estados previo cumplimiento de los requisitos, no se especifica directamente en el presupuesto la atención de las circunstancias locales, además de que se asigna considerando la carencia según el índice de desarrollo humano así como las necesidades de salud no satisfechas (rubros ambos en los que la capital es de las mejores ubicadas del país) y finalmente, en la práctica los recursos ejercidos han privilegiado más bien el fortalecimiento y el equipamiento, en lugar de la construcción de obra nueva debido a los costos de operación que ésta última implica en lo subsecuente.²⁴

En este último rubro la SS capitalina estimó que si se priorizaban acciones de reorganización (reconversión de dos hospitales materno-infantiles y uno pediátrico en hospitales generales, lo que se justificaba por el envejecimiento de la población) para la prestación de los servicios, requería “idealmente” construir en el corto plazo (2003-2006) un hospital general de 72 camas y dos de 144 además de 10 centros de salud fortalecidos y tres clínicas comunitarias²⁵, sin embargo, por las razones

²⁴ La existencia del PMI se prevé en el artículo 77 bis 30 párrafo cuarto de la LGS y su regulación se establece en el capítulo II “De los prestadores de servicios”, sección tercera “Del plan maestro de infraestructura”, artículos 31 a 39 del RLGSMPS. Entre 2003 y 2006, de las acciones realizadas mediante el PMI sólo el 12% fueron de obra nueva, aunque quizá podría matizarse esta cifra con los montos ejercidos. El dato está en: González Pier, Eduardo y otros-Unidad de análisis económico de la SSA. *Op. cit.*, p. 86.

De acuerdo con Gustavo Leal Fernández el presupuesto para infraestructura del seguro popular en 2007 fue de 3,200 millones de pesos, lo que representó el 10.73% del presupuesto total asignado para el programa. Ver, del autor: “Seguro Universal: presupuesto y establecimientos privados”. Diario la jornada del día 10 de febrero de 2007, sección opinión, p.18. Como ejemplo de las necesidades de infraestructura, el director del Instituto Nacional de Pediatría, Guillermo Solomon Santibáñez afirmó en el año 2005 que la institución se encontraba saturada y para aliviar tal situación se requerían 60 hospitales pediátricos en el país, así como \$ 250 millones de pesos para remodelaciones pendientes, reparaciones y actualización del equipo médico en el INP, lo que se agravaba con la oferta de servicios del SP. Para esta última afirmación: Leal Fernández, Gustavo (2008). *Op. cit.*, pp. 85-86.

²⁵ Programa de Salud del GDF. *Op. cit.*, p.44. La dependencia capitalina estimaba que el monto para la construcción del hospital de 144 camas “es de 195 millones” más “42 millones para su equipamiento” y un “costo de operación aproximado por cama censable de un millón de pesos al año”. Este dato ilustra

descritas en el párrafo anterior, pero sobre todo debido a la polarización respecto de la interpretación de las reglas del juego (instituciones) en el campo de la política de salud establecida en la arena política con miras a la lucha por el poder, como se verá en el resto del capítulo, esas acciones no se llevarían a cabo con los recursos asignados al seguro popular.

En conclusión, la integración del seguro popular con los diversos elementos que componen la política social para fines de atender aquellas condiciones de salud que por sus características se ubican como consecuencias de la estructura socioeconómica, resulta insuficiente por dos razones:

a) Su alcance es mucho más formal que material, pues si bien es cierto que se establecen las instituciones y los organismos encargados de las acciones conducentes para tal efecto, no puede trascender el ámbito de la política social pero sobre todo la interpretación de ésta última como subordinada y paliativa de los efectos de la política económica. Por eso no actúa sobre aspectos torales para efectos de mejorar tanto sus niveles como su calidad, como son el empleo y sus atributos.

b) El seguro popular como expresión de la política social y de su respaldo ideológico, denota una orientación clara hacia la focalización de sus beneficios, al igual que las demás políticas con las que se integra, lo que se traduce en atención mínima para quienes viven en la miseria, dejando con ello prácticamente desprotegida a una gran cantidad de población que también padece la pobreza, aunque sea con menor severidad en sus manifestaciones.

sobre lo elevado de los costos de operación. En el 2006 el sistema de salud de la entidad se componía de 27 hospitales y 215 centros de salud, infraestructura que según Julio Frenk era suficiente para responder por la demanda de servicios tanto la existente como la proveniente por el seguro popular. La última afirmación en: Leal Fernández Gustavo (2008). *Op., cit.* p. 107.

6.2 *Los obstáculos institucionales para la implementación del seguro popular en el D.F.*

Después de que se analizaron tanto el conjunto de reglas del juego –instituciones– que permitieron la gestación del seguro popular (supra, capítulo 3), así como las características de la propia política pública sanitaria (supra, capítulo 4) que representa por sí misma una regla del juego al ser obligatoria para el gobierno federal pero también para las administraciones locales una vez afiliados, además de las instituciones que derivadas del proceso de reforma política del D.F. crearon los órganos locales de gobierno y los facultaron para actuar en materia de salud (supra, capítulo 5, pp. 249-254), se puede acoplar ese complejo normativo para saber cómo operó en el proceso de implementación del seguro popular en la entidad.

En este sentido se encuentra que a pesar de que tales instituciones describen coherencia entre sí desde el punto de vista preceptivo, dificultaron la implementación del seguro popular fundamentalmente por dos razones:

- I) Los términos genéricos del vértice normativo en materia sanitaria del que se desprenden tanto legislación como políticas, posibilitaron su interpretación en sentidos diversos para llevarlo a la práctica y,
- II) La exigencia del régimen federal, paralela a la construcción de un sistema singular para el D.F. determinó la existencia de una autonomía acotada para que los órganos de gobierno en la entidad establecieran, con base en su interpretación particular del derecho a la protección de la salud, legislación y políticas públicas acordes con sus postulados e intereses.

En cuanto a la cima institucional: el derecho a la protección de la salud, su generalidad no proviene de sus dos primeros términos sino del tercero de ellos: la salud como concepto.

Si se analiza cada uno de sus componentes se tiene que el vocablo derecho connota múltiples significados (conjunto de normas, campo del conocimiento, aplicación de la ley, justicia y facultad del individuo o de determinados grupos sociales), sin embargo la redacción del artículo 4º constitucional despeja las dudas al respecto pues en lo conducente comienza con la frase "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud", de tal manera que el significado de derecho ahí inmerso es el de facultad de cualquier integrante de la sociedad (toda persona), individualmente considerado.

El segundo término, pese a ser la clave gramatical para establecer la diferencia entre las estrategias y las políticas públicas implementadas, tampoco es el elemento que explica la generalidad del derecho analizado. En efecto, si protección significa amparo, favorecimiento, defensa o resguardo²⁶, en el ámbito político ello se tradujo en estrategias diversas tendentes a proteger, defender, favorecer o resguardar de un perjuicio o peligro la salud de los grupos sociales, de tal manera que ésta actividad desplegada por el gobierno puede ser materializada de distintas maneras, esto es, con acciones de contenido diverso que implican en alguna medida protección de la salud.

Es el concepto salud el que dota de una abstracción considerable a tal derecho, pues "el completo estado de bienestar físico, mental y social", involucra, desde el punto de vista de su protección que las acciones

²⁶ El diccionario de la real academia española remite la voz protección [(Del lat. *protectio-onis*).f. Acción y efecto de proteger.] al verbo transitivo proteger, del cual dice: (Del latín. *protégere*). tr. Amparar, favorecer, defender.// 2. Resguardar a una persona, animal o cosa de un perjuicio o peligro, poniéndole algo encima, rodeándolo, etc. Úsase también como pronominal. *Diccionario de la real academia española* T. II. Madrid, 1992 (21 edición), p. 1681.

implementadas para tal efecto puedan incluir cualquiera que obstaculice tal estado ideal, lo que se limita razonablemente en la práctica con la atención de aquéllas que incidan más en un grupo poblacional, o bien, las que sean más graves en cuanto a sus consecuencias en un momento determinado.

El concepto, visto desde la perspectiva de la facultad de todos los individuos para exigir del gobierno su protección, es decir, como derecho, puede tener un contenido tan amplio respecto de lo que se requiere para lograr el bienestar íntegro (por ejemplo un medio ambiente sano) que puede diluirse por su alto nivel de abstracción la materia que se puede exigir, a la par de que también se ve limitado por la concepción de salud socialmente más reconocida y cuyo alcance parece restringirse actualmente a la atención institucional de las manifestaciones de las enfermedades, debido al hecho de cómo se le siente cotidianamente, lo que a su vez implica su valorización.

En este sentido, cabe apuntar que los efectos de la atención a la salud no se hacen visibles diariamente de la misma manera en como sí lo hacen otros factores que también determinan los niveles de vida, ello obedece a que:

La buena atención a la salud tiene un efecto en el nivel de vida diferente que las otras dimensiones: efecto que puede no sentirse en la vida cotidiana sino solamente en los momentos de requerimientos importantes de atención a la salud. El que está cubierto por la seguridad social y la salud mantendrá su nivel de vida –dentro de ciertos límites- ante la presencia de enfermedades o de otros riesgos, de una manera diferente que los que no tienen esa cobertura. En cambio, las condiciones de la vivienda o de los servicios, y los conocimientos que se poseen, se sienten cotidianamente, constituyendo un diferenciador más visible del nivel de vida que el acceso a servicios de salud y de seguridad social.²⁷

²⁷ Boltvinik Kalinka, Julio (2002). *Op. cit.*, pp. 471-472

Como se ve, la salud, aún limitada en su orientación de atención institucional de la enfermedad, conserva su generalidad pues los cuidados que se procuran con tal atención no trastocan su finalidad teórica (completo bienestar físico, mental y social) sino que se erigen como una sola de las expresiones de cómo se puede lograr tal objetivo general. Y si a ello se agrega su calificación (buena o mala, completa o insuficiente, gratuita o parcialmente subsidiada) se puede decir que dentro de la atención a la salud caben múltiples formas derivadas de la generalidad del concepto salud en primera instancia, cuyo nivel de abstracción se ve reforzado debido a la multiplicidad de acciones que caben para protegerla.

Asimismo, el hecho de que sus efectos, más que no sentirse cotidianamente (el que sobrevive en pobreza resentirá desde luego y hacia el futuro lo que gasté o lo que no pueda gastar en atención de salud), no sean tan visibles en la vida diaria, puede ayudar a explicar tanto la intensidad como la contundencia de las organizaciones sociales en pos de materializar el derecho a la protección de la salud, tema que se tratará más adelante; basta decir por el momento que así ponderada, desde la cotidianeidad, es más fácil compartir o imponer una concepción entre gobierno y sociedad de lo que para fines de acción gubernamental y pública es el contenido de tal derecho.

De esta manera se tiene que la generalidad con la que está diseñado el derecho a la protección de la salud permite que se gesten políticas públicas disímboles que, protegiendo por igual aunque de distinto modo el bien tutelado (la salud) sean diferentes en cuanto a su contenido. Eso fue lo que sucedió en el Distrito Federal, donde el GDF estableció el PSMMyMG como un esquema gratuito de atención de las manifestaciones externas de las enfermedades que brinda el gobierno de la entidad prácticamente en exclusiva y que pretende garantizar el derecho a la protección de la salud, objetivo idéntico al del seguro popular.

Así pues, la existencia de una política pública cuya preeminencia exaltó el GDF por obedecer a su concepción particular de lo que en términos de atención colectiva es el derecho a la protección de la salud, derivó en un obstáculo institucional para la implementación del seguro popular en el D.F., pues concebido como institución, el PSMYMG pretendió establecer una regla del juego distinta al seguro popular en el ámbito de la salud y que al ser tratada por el gobierno, se convirtió necesariamente en un tema de orden político.

Sin embargo todavía cabe preguntarse ¿Porqué la existencia paralela de dos políticas públicas con el mismo objetivo se obstaculizaron en lugar de potenciar sus recursos, esfuerzos y resultados? La pertinencia de tal interrogante deriva de su objetivo compartido: la cobertura universal como forma de mejorar el bienestar de la población.

La respuesta, contenida y desenvuelta tanto en el plano ideológico como en la práctica política tiene que ver con la concepción diversa de lo que es la salud, pero sobre todo con la lucha política en la que las opciones implementadas que den resultados se convierten en un activo político para quien las implementó, sobre todo cuando se dirigen a los pobres, pues por su cantidad representan un elemento que no se puede soslayar con miras a la elección de los representantes gubernamentales. Y como los problemas que los aquejan son complejos, su adecuado encauzamiento o la simple apariencia de ello bien publicitada derivarán en la demostración de efectividad de quien los haya tratado correctamente.

Ya establecidas las dos políticas públicas que en la arena política mexicana actuaron excluyentemente, falta precisar cómo el andamiaje institucional permitió que se obstruyera la implementación del seguro popular en la entidad. En este sentido, y debido a la descentralización de los servicios de salud que de 1985 a 1997 perfiló la reforma del sistema de

salud, en el seguro popular se proyectó que los servicios ofrecidos sean prestados directamente por las entidades, decidiendo libremente los gobiernos locales su afiliación al SP a cambio de recursos económicos proporcionados por la federación a través de la SSA.

La voluntariedad del seguro popular abrió entonces la posibilidad de que un estado, cualquiera que éste fuera, decidiera no afiliarse al seguro popular, lo que ocurrió en el D.F. durante los primeros 4 años de operación de tal política pública (2002-2006). Así pues, un obstáculo institucional más se encuentra entre las características de la institución misma.

Por otra parte, aunque el Estatuto del Gobierno del D.F. (*supra*, p. 252) estipula en su artículo 44 que la legislación sanitaria elaborada por la asamblea debe apegarse a los lineamientos establecidos por las leyes del congreso general, en la práctica ello no impide que el órgano legislativo local establezca bases y modalidades más amplias que las consideradas en la LGS para el acceso a los servicios de salud en cuanto a su gratuidad –en el caso de la ley general se condiciona la gratuidad con las características socioeconómicas de los usuarios (*supra*, pp. 135-138), mientras que los ordenamientos locales sólo exigen la residencia en la entidad-.

En principio hay que decir que la asamblea está facultada por el propio estatuto (artículo 72, *supra*, pp. 251-252) para expedir leyes que normen la salud, y como el estatuto es una ley federal aprobada por el congreso general puede establecer en sus preceptos la concurrencia entre la federación y el D.F. en materia de salud.

Además, las bases y modalidades son remitidas por el propio artículo cuarto constitucional a la ley, sin especificar a cual de ellas aunque se entiende que es la LGS por lo que hace al ámbito federal, pero también a las leyes expedidas por los congresos locales para sus ámbitos geográficos

específicos, sin embargo también hay que considerar que la asamblea legislativa del D.F. no cuenta con la facultad de normar un precepto constitucional, pues sus facultades se establecen limitativamente en el artículo 122 de la constitución general.

En este contexto, la ampliación de tales características para acceder a los servicios de salud otorgados por el gobierno en el D.F. no significa necesariamente negación ni contradicción con las estipuladas en la LGS, pues en última instancia la ley general en la materia también queda sujeta a la propia constitución federal que para la salud estableció un derecho en términos que permiten su interpretación al remitir a la ley la definición tanto de las bases como de las modalidades para el acceso a los servicios.

Bajo estas consideraciones, en la ley de salud del D.F. se establecen criterios más amplios que los de la LGS para el acceso gratuito a los servicios de salud. Si bien la LSDF fue publicada en el DOF el 15 de enero de 1987 luego de ser discutida y aprobada por el congreso de la unión, en virtud de los cambios establecidos en 1994 y 1997 en la estructura gubernamental de la entidad, la asamblea legislativa reformó la ley local mediante la introducción de directrices más extensas para la gratuidad de las prestaciones sanitarias al definir los servicios públicos de salud, los cuales quedaron regidos desde el 30 de marzo de 1999 por "criterios de universalidad, equidad y gratuidad".²⁸

²⁸ Ver la fracción VIII del artículo 2° de la Ley de Salud para el Distrito Federal, actualmente sin vigencia. Más recientemente, el 17 de septiembre de 2009 se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal la Ley de Salud del D.F. que abroga la de 1987 y convierte los criterios para el acceso a los servicios de salud contenidos en la abrogada en principios del derecho a la protección a la salud, los cuales define más ampliamente en su artículo 3°. Mientras que en el artículo 2° establece que todos los habitantes del D.F. tienen derecho a la protección de la salud, independientemente de su edad, género, condición económica o social, identidad étnica o cualquiera otro con lo que resulta más extensa que la ley de 1987 reformada en 1999, pues ésta hablaba en su artículo 16 bis de que la población tenía derecho a una atención médica apropiada, independientemente de sus condiciones...

Este proceso también tuvo como punto de paso la entrada en vigor de la "ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el distrito federal que carecen de seguridad social laboral", misma que formalizó al PSMYMG el 22 de mayo de 2006 pues dotó al programa de mayor permanencia al extender temporalmente su obligatoriedad para las siguientes administraciones, además de que dio mayor firmeza al derecho de los capitalinos respecto de su acceso a los servicios de salud gratuitos al definir a los sujetos y establecer la obligación para la administración pública capitalina de prestarlos además de constreñirla a no reducir el presupuesto en la materia respecto del ejercido durante el año anterior.

En conclusión, las reglas del juego que para la política de salud se establecieron en el D.F. con miras a la gratuidad contradijeron abiertamente el esquema del seguro popular que cobra por sus servicios a la mayor parte de sus afiliados potenciales.

Pero esta contradicción es, en primera instancia, la expresión de una más profunda que se ubica en los paradigmas contrapuestos de política social entre el gobierno federal y el GDF, donde la salud como un bien en el primero de ellos es susceptible de subdivisiones para configurar servicios como los de atención a la salud que quedan bajo la responsabilidad de los individuos estrictamente bajo la lógica mercantil, mientras que en el segundo paradigma la salud es un derecho precisamente por su trascendencia colectiva, lo que obliga al gobierno a responder íntegramente, aunque en la medida de sus posibilidades presupuestales, por los servicios que en este rubro se presten.

Finalmente el seguro popular se implementó en el D.F., siendo ésta la última entidad que se afilió al mismo, lo que demuestra que los obstáculos institucionales no eran insalvables y que los paradigmas,

aunque contrapuestos, pueden coexistir en determinados grados en detrimento de la pureza de los postulados teóricos.

En este contexto que describe una realidad multiforme, las concepciones que subyacen en dichos paradigmas y que determinan idealmente las reglas del juego, pero sobre todo las aspiraciones e intereses que moldearon y colocaron las instituciones de una forma tal que parcelaron un camino accidentado para la implementación del seguro popular, se pueden observar mejor desde la ubicación de los constructores de la avenida, así como desde la de sus peatones junto con aquella en la que se situaron los expositores de los planteamientos teóricos que sirvieron de guía para construirlos.

6.3 *Los actores en el proceso*

Si gobernantes, sociedad organizada y comunidad científica construyen los paradigmas de la política social, el peso de su participación en este rubro así como en el proceso de políticas, incluida su implementación, es variable. En este contexto, el grado de incidencia de cada uno de los actores se establece de acuerdo con la fuerza con que cuentan para hacer valer en los espacios formales e informales de la política sus ideas junto con los intereses que favorecen o afectan.

En el caso del seguro popular en el Distrito Federal, el conflicto establecido entre dos visiones contrapuestas de política sanitaria representadas por científicos que finalmente participaron en la lucha política como secretarios de salud en los dos ámbitos de competencia, fueron recogidas por políticos profesionales en su papel de titulares del

poder ejecutivo federal y local obstaculizando así la implementación de la política pública al incluir tales enfoques en sus respectivas gestiones gubernamentales, quienes chocaron no sólo por los contenidos de las acciones que emprendieron y sus respectivos sistemas de valores de los que se derivan aquéllas, sino, sobre todo, debido a la lucha por el poder en la que se enfrentaron abiertamente.

Pero ante la ausencia de organizaciones de la sociedad civil que dedicadas al vasto campo de la salud fueran capaces de mediar en la querrela, será la propia lucha por el poder instaurada en el ejercicio gubernamental de dos administraciones temporalmente paralelas y materialmente enfrentadas que durante más tres años hizo aparecer como insoluble el problema de los valores subyacentes en las políticas sanitarias respectivas, la que en uno de sus puntos más álgidos abrió finalmente el paso a la implementación del seguro popular en el D.F.

En este proceso, la posición de fuerza e ideológica de cada uno de los actores se conjugó con la de los otros involucrados para describir un camino accidentado en el que por acción u omisión participaron políticos, científicos en funciones políticas y organizaciones sociales.

6.3.1 Los políticos y los científicos. Las reticencias de los actores en busca de adherencias y evidencias

Con el planteamiento ya clásico de los atributos subjetivos y valores que acompañan tanto al político como al científico en sus respectivas vocaciones se llega a la incompatibilidad de sus actividades profesionales, debido principalmente a que el primero tiene como objetivo alcanzar el poder como medio para lograr otros fines diversos, mientras que el

científico a través del conocimiento busca la verdad así sea esta última siempre relativa²⁹.

Sin embargo, la complejidad de la realidad sobre la que pretenden incidir las políticas públicas más el marco acotado de libre discusión en que se desenvuelven tales planteamientos conducen, aunque no siempre de manera sistemática, a la complementariedad de los resultados de la investigación científica con los diseños y acciones desenvueltas mediante la política pública³⁰, bien sea para su justificación e implementación o en aras de criticarla y mejorarla o aún de negarle validez desde el ángulo de la ciencia.

De esta manera, el político, inmiscuido cotidianamente en la lucha por el poder donde los intereses pesan más que la verdad, al comprometerse de una manera casi fatal con la percepción de efectividad que los grupos clave de la población tengan respecto de las medidas que en último término él propone ante la sociedad para atender las demandas y los problemas colocados en la agenda pública, buscará a favor de tales medidas una argumentación cuya racionalidad y evidencias son labores propias del científico, lo cual acerca a los dos profesionales en una primera instancia.

²⁹ Weber, Max. *El político y el científico*. México, Alianza editorial, 1991 (segunda reimpresión. Introducción de Raymond Aron), pp. 84-87, 152-157, 171-173, 191-198 y 211-215. No debe confundirse al político (que aspira y lucha por el poder) con el funcionario que labora en la administración pública y sigue órdenes, sin embargo, el círculo cercano del político como son secretarios y subsecretarios (a quienes en la literatura contemporánea se denomina altos funcionarios) se pueden ubicar como posicionados en labores políticas ya que es en esos círculos donde se lleva a cabo la definición de las políticas a seguir, una vez que se hizo labor de acercamiento y adhesión con grupos y actores sociales clave.

³⁰ Al respecto Julio Frenk y Juan Luis Londoño sostienen que “sería ingenuo suponer que los tomadores de decisiones basarán siempre sus acciones en la evidencia objetiva que deriva de la aplicación de instrumentos analíticos. Con frecuencia, dicha evidencia ni siquiera se encuentra disponible. Pero aun cuando sí lo esté, el tomador de decisiones, especialmente en el sector público, debe sopesar las recomendaciones técnicas contra la viabilidad política de adoptar el curso de acción deseado”. Ver, de los autores: *Pluralismo estructurado... Op. cit.*, p. 25.

Pero más aún, no es extraño que el científico, conciente del hecho de que una persona ubicada en una posición clave puede materializar las ideas, sistemas y propuestas a las que llega mediante la utilización de un método (rasgo distintivo de su profesión), se enrole en actividades políticas que lo preparan y enfilan hacia la lucha por el poder, con lo que se establece una colaboración más estrecha entre el político y el científico de quien se puede decir, aunque no sin contradicciones, que "conserva su status profesional"³¹ en la medida que sus proposiciones, elaboradas por lo demás en su actividad regular de investigación son eso: propuestas cuya cristalización parcial o cabal en una política pública dependen en un alto grado de la decisión última del político quien asumirá la responsabilidad de tal medida.

En el caso de la disputa política por la implementación del seguro popular en el D.F., los dos científicos que actuaron contrapuestos realizando funciones políticas como secretarios de salud federal y local, Julio Frenk y Asa Cristina Laurell respectivamente, ya contaban con experiencia en las lides políticas. Frenk fue miembro del PRI desde 1985, mientras que Laurell fue fundadora del PRD así como vicepresidenta de su consejo nacional de 1993 a 1996 además de secretaria de estudios y programa del Comité Ejecutivo Nacional de 1996 a 1999, también se desempeñó como asesora de los grupos parlamentarios del PRD en los temas de política de salud y de seguridad social.

³¹ Pero todavía cabe un sin embargo, y es que se estima que el científico al inmiscuirse en la lucha por el poder falta no sólo a su vocación de científico sino que atenta también contra la de político ¿Se puede ser a ratos científico y luego, por momentos, político? Si materialmente nada lo impide, la respuesta tiene que ser negativa, al menos si la verdad, la evidencia lograda o construida, compromete. La respuesta de Weber se inclina por la incompatibilidad, ver la introducción de Raymond Aron en: Weber, Max. *Op. cit.*, pp. 10, 36 y 42.

Al analizar la racionalidad de las políticas, Giovanni Sartori va más lejos, aunque no necesariamente más profundo y señala que si llega a existir un gobierno basado en la ciencia, sería el gobierno de los científicos donde éstos, en funciones de políticos actúan no obstante como científicos al usar su conocimiento técnico como un instrumento de dominio extremadamente perfeccionado. Del autor: *Op. cit.*, pp. 534-536.

Ambos cuentan con una basta obra publicada (Laurell con diez libros y 50 artículos especializados por 28 libros y diversos artículos de Frenk), misma desde la cual sostuvieron un debate en torno a la política de salud que cada uno consideró idónea para el país y cuya discusión se remonta hasta mediados de los década de los 90, trascendiendo en el tiempo aún después de la implementación del seguro popular en la entidad.³²

Conocedores pues de la realidad nacional en materia de salud pero también respecto de la vida política del país, articularon su experiencia como profesores del nivel superior e investigadores con su actividad política para proponer travesías hacia la construcción teórica de políticas sanitarias contrapuestas en cuanto a los principios que las sustentan.

El trabajo de ambos trascendió el ámbito nacional como un reconocimiento de su labor (Laurell se desempeñó como asesora temporal de la OPS-OMS y de diversas universidades en Europa, América Latina y África, mientras que Frenk fue director ejecutivo de investigación e información para las políticas de la OMS de 1988 a 2000, organismo al que aspiró a dirigir llegando como finalista en dos ocasiones -2003 y 2006-, también fue profesor visitante de la Universidad de Harvard y el primer director del Instituto Nacional de Salud Pública de México).

³² A la invitación al debate en torno de la propuesta de reforma del sistema de salud hecha por Frenk y su equipo (1994) *Op. cit.*, pp. 39 y 301, Laurell respondió señalando que se podía garantizar el derecho a la salud con un sistema público (1996) *Op. cit.*, pp. 8, 13, 64-65. Luego, ante la exaltación de la inevitabilidad de la reforma argumentada por Frenk y publicada el año 2000 en: *Salud: La reforma necesaria* (Cordera Campos, Rolando y Ziccardi, Alicia-coordinadores) *Op. cit.*, pp. 195-217, Laurell impugna tal propuesta calificándola como una mercantilización de la salud que va en contra los derechos humanos de los mexicanos y reitera que hay alternativas (2001) *Op. cit.*, pp. 7-12, 33-35.

Pero aún después de concluir sus gestiones, a la visión exitosa que del seguro popular muestra Frenk, quien lo ubica incluso como un ejemplo para los países en vías de desarrollo (2006) *Op. cit.*, p.15, responde Laurell con “Health system reform in Mexico: a critical review”, *Lancet*, 2007, Volume 37, number 3, pp. 515-535, señalando como deficiencias centrales del seguro popular su falta de sustento empírico en la experiencia internacional, la poca inversión en infraestructura e insuficiencia de recursos (pp. 522-526) además de estimar que no logrará afiliar a los grupos más pudientes, con lo que no se alcanzará el objetivo de cobertura universal ni se logrará plenamente el pretendido principio solidario de que los ricos financien la atención de la salud de los pobres (pp. 531-533).

Su experiencia nacional e internacional les sirvió para construir sus propuestas, encontrar evidencias a favor de cada una de ellas así como para edificar un cuerpo argumentativo que resaltara sus bondades y fortalezas, al tiempo que exhibían las debilidades de la otra alternativa. Este bagaje teórico y práctico abrió la posibilidad de que cada uno empatara dentro de la coyuntura política prevaleciente, su propuesta de política sanitaria con los proyectos y acciones de gobierno de otro par de actores³³, también contrapuestos, quienes como políticos profesionales se enfrascaron abiertamente en la lucha por el poder.

Así, dentro de la visión de un “un gobierno de los empresarios, para los empresarios” de Vicente Fox Quesada embonó perfectamente una política de salud que como el SP forma parte de la reforma integral del sistema de salud con la que se pretende separar las funciones de regulación o modulación, financiamiento y prestación de servicios, abriendo los dos últimos ámbitos a la iniciativa privada; a final de cuentas, una visión en la que la salud no sólo es un elemento de bienestar y justicia, sino también y sobre todo un sector de la economía de importancia creciente.³⁴

No se puede soslayar al respecto, el desarrollo profesional en los ámbitos empresariales, aunque con distinta intensidad, del par científico-

³³ Incluso Julio Frenk teoriza sobre los problemas y dilemas en torno a la investigación como materia prima de las políticas y hace propuestas para mejorar la comunicación entre científicos y políticos. Ver Capítulo III De la pertinencia a la excelencia: dilemas de la investigación en el sector público [pp. 43-58] en: del mismo autor (compilador). *Salud: de la investigación a la acción*. México, coedición SSA-FCE, primera edición, 1991.

³⁴ Se hizo famosa la afirmación a Fox respecto de que su gobierno era de y por empresarios e incluso se prestó a la burla y a la preocupación; la declaración fue hecha al iniciar su gestión como presidente en funciones, Ver: Piñeyro, José Luis. “Fox: de la cima a la sima”. Diario el universal, versión electrónica del día 12 de noviembre de 2005. La propuesta de Julio Frenk, en líneas generales, también se puede apreciar en: Londoño, Juan Luis y Julio Frenk. *Op. cit.*, [leer principalmente pp.15-25] y Frenk Mora, Julio José y otros (1994). *Op. cit.*, pp. 303-322. En ésta última obra uno de los presupuesto teóricos es la ubicación de la salud como un sector trascendente de la economía nacional (pp. 32-35).

político que actuó a favor del seguro popular. Con formación profesional de administrador de empresas en la Universidad Iberoamericana, Vicente Fox ingresó a laborar para la empresa transnacional Coca-Cola, de la que fue director nacional de operaciones en 1970 y director de mercadotecnia al año siguiente para posteriormente asumir a mediados de esa década la presidencia de la división de América Latina, con lo que se convirtió en el gerente ejecutivo más joven en la historia de la compañía.

Después de realizar un diplomado en alta gerencia en la Universidad de Harvard renunció a Coca-Cola para seguir con su actividad empresarial en el sector agropecuario y del calzado. Como diputado federal electo en 1988 cuestionó la legitimidad de Carlos Salinas y llegó a ser gobernador del estado de Guanajuato en 1995 tras la interpelación de la legitimidad de la elección que había dado inicialmente como resultado el triunfo del PRI.

En funciones de mandatario local se autopostuló desde 1997 como candidato presidencial para la elección del año 2000, período durante el cual buscó adherencias dentro del PAN y con grupos empresariales para conseguir su cometido, lo cual cristalizó con un triunfo que le dotó de una importante legitimidad por haberle ganado la contienda a un partido político (el PRI) sumido en el descrédito tras haber gobernado durante 70 años ininterrumpidos. La trayectoria profesional de este actor apunta a su ubicación como gerente, empresario y político.

Dentro del itinerario profesional de Julio Frenk cabe anotar su destacada participación en la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), asociación civil creada en 1985 por empresarios y organizaciones filantrópicas entre cuyos miembros aparecieron patrones del ramo farmacéutico que integran a la vez el Consejo Mexicano de Hombres de Negocios como Pablo Escandón Cusí. Dicha fundación se dedica al examen de los problemas de salud y entre sus líneas de investigación

destaca el papel de los prestadores privados de servicios de salud en el sistema mexicano³⁵; Frenk se desempeñó en ella como director de su centro de salud y economía así como su vicepresidente ejecutivo entre los años de 1995 a 1998.

En síntesis, desde el punto de vista del papel que jugaron los actores para y durante la implementación de la política pública analizada en el Distrito Federal, se puede decir que sus trayectorias, a la par de sus expectativas políticas y sus respectivas visiones respecto de la mejor manera de atender los problemas de salud en el país, los llevaron a compartir un determinado sistema de valores que actuó a favor del seguro popular.³⁶

Eso mismo sucedió, aunque en sentido contrario, con el par ubicado en el lado opuesto de la coyuntura política, donde una mujer de ciencia con funciones políticas (Asa Cristina Laurell) y un político profesional como Andrés Manuel López Obrador (AMLO) respectivamente, argumentaron y gestionaron en contra de la implementación del seguro popular en la entidad que gobernaban. En esta pareja de científica-político la cercanía fue más explícita todavía, pues ambos fueron miembros fundadores del PRD en 1989, además de que durante la presidencia de AMLO del propio partido

³⁵ Como ejemplo la siguiente ficha: Nigenda, Gustavo y otros. *Interacción público-privada en la prestación de servicios de salud en México*. México, coedición INSP-FUNSALUD-CONACYT, primera edición, 2006. En las publicaciones y eventos organizados por FUNSALUD se insiste en la necesidad y pertinencia de la participación más decidida del sector privado en el manejo y la administración del financiamiento de los servicios de salud así como en la prestación directa de éstos últimos.

³⁶ Si no es difícil discernir que el sistema de valores de los científicos y de los políticos conforman la adscripción de éstos a una perspectiva global respecto de los problemas nacionales y las posibles maneras de atenderlos, se puede entender con Raymond Aron que tal “perspectiva global determina tanto la elección de los medios como la de los fines”. Del autor: *Op. cit.*, pp. 17-18. En este sentido, para Frenk “El éxito de las medidas de ajuste macroeconómico es una condición necesaria pero no suficiente para mejorar el bienestar individual y colectivo”; ver al respecto: Frenk Mora, Julio José y otros (1994). *Op. cit.*, p. 300. La misma necesidad de primero lograr las reformas económicas, como prioridad, la señaló reiteradamente Vicente Fox durante su gestión.

entre 1996 y 1999 Laurell ocupó un cargo directivo como secretaria de estudios y programa.

Por eso mismo, en este caso, a diferencia de lo que ocurrió con Frenk y Fox donde la propuesta del investigador empalmó con los intereses de los grupos que apoyaron a Fox en su camino hacia la presidencia y con la visión gubernamental de éste último, se puede decir que las proposiciones de la científica sirvieron con anterioridad de argumentos que utilizó el político como contenidos del capítulo de salud (principal aunque no exclusivamente) para formular lo que denominó un proyecto alternativo de nación, en cuya elaboración participaron los dos personajes quienes tuvieron como punto de referencia común el ataque frontal del neoliberalismo, con lo que apelaron a los grupos más desfavorecidos y sus necesidades más apremiantes en busca de su adherencia.

Formado profesionalmente como politólogo y administrador público en la U.N.A.M, López Obrador (al igual que Julio Frenk) inició su desempeño político dentro del sistema: se afilió al PRI desde 1976, al año siguiente se le designó delegado del Instituto Nacional Indigenista en su estado natal: Tabasco y en 1983 ocupó el cargo de presidente del comité ejecutivo estatal del PRI en dicha entidad, mientras que en 1984 fue nombrado director de promoción social del Instituto Nacional del Consumidor. Con su paso a la oposición perdió en dos ocasiones (1988 y 1994) la elección para gobernador de la entidad donde nació, impugnando el proceso electoral en ambos casos; la primera discursivamente mientras que la segunda por la vía de los hechos a través de la resistencia con una marcha hacia la capital del país.

Luego de su gestión al frente del PRD, el partido lo postuló como candidato a la jefatura del gobierno del D.F., elección que ganó por apenas 1.1% de ventaja frente al candidato del PAN, Santiago Creel, debido en

buena medida al efecto que tuvo Vicente Fox como factor de atracción del voto.

En fin, se puede ver en AMLO a un político dedicado de tiempo completo a la lucha por el poder³⁷ y que por esa razón, al conocer las formas, los tiempos tanto como los trasfondos de la querrela política, se opuso obstinadamente a la implementación del seguro popular en el D.F. contraponiendo en su oportunidad las evidencias construidas por Laurell, hasta que sus expectativas de poder condujeron a político y científica por igual a aceptarla, mientras los electores observaban en los medios masivos de comunicación su gestión como jefe de gobierno.

6.3.2 Pero ¿Y la sociedad organizada?

A pesar de que la participación de la sociedad en los asuntos públicos del país crece desde la década de los 80, su contribución no logra trascender todavía hoy de una manera cabal y regular hacia el ámbito definitorio de las políticas públicas (supra, pp. 26-31).

Éste fenómeno se repite en el Distrito Federal: crecimiento del número de organizaciones de la sociedad autónomas del poder público y sin fines de lucro, que logran eventualmente “incidir en la dinámica política de algunos espacios identificados de la realidad local”,³⁸ con la colocación

³⁷ En términos de Max Weber es, de lo actores analizados en esta coyuntura, el ejemplo más acabado del político, aquel que vive de y para la política, tanto por su carisma e imagen de caudillo, como por hacer de la política su actividad principal, lo cual no necesariamente es una loa a su persona, pues recuérdese que dentro de las consideraciones del autor los fines que persigue el político pueden ser diversos y son, en última instancia, resultado de una cuestión de fe.

³⁸ Álvarez Enríquez, Lucía (2005). *Op. cit.*, p. 151. Más adelante, la autora establece una diferencia (p. 181) entre “el proceso de de organización creciente de la sociedad capitalina” y “el proceso de

de temas en la agenda pública y con su participación en la discusión de los mismos, pero sin que su intervención se sostenga dentro del proceso de políticas públicas de una manera tal que les permita a esas organizaciones determinar junto con las autoridades tanto su orientación como sus contenidos.

Este tipo de participación social, desenvuelta en un nivel muy agregado pues involucra un amplio espectro de las organizaciones (corporativas, lucrativas, académicas y en general a las de todo tipo) y cuya legitimidad es indiscutible aunque no suceda lo mismo con su eficacia para la adecuada gestión de los asuntos públicos (supra, pp. 142 y 148-151), es la única que se tomó en cuenta para el diseño del seguro popular, sin que se pueda saber el grado en que ello fue así.

Al respecto no se puede olvidar que tanto el problema público como el método para establecer los servicios a prestar fueron establecidos con anterioridad por la OMS y el BM (supra, pp. 109, 151, 159, 219-220 y 257-258) aunado al hecho de que tal política pública fue ideada como parte de la reforma integral del SNS desde 1994 (supra, pp. 181-185) bajo el supuesto de fijar prioridades en salud determinadas por su impacto en la economía como postuló el propio BM.

Con este tamiz hay que ponderar los 143 foros estatales (con 3,456 ponencias y 15, 074 asistentes) que para la elaboración del PNS 2002-2006 se llevaron a cabo, de los cuales 1 se realizó en el D.F., así como los 18 foros federales celebrados. De la totalidad de tales ejercicios participativos se recibieron, entre otras, las siguientes propuestas: brindar protección financiera en materia de salud a toda la población, construir un federalismo

conformación y desarrollo de una sociedad civil en esta realidad” concluyendo “que los alcances que ha experimentado el primero no se han traducido en la misma proporción en el proceso de conformación de una sociedad civil en su interior”, entendiéndose por sociedad civil a las organizaciones y manifestaciones colectivas mediante las cuales los miembros de las sociedades se integran en la actividad política y en el debate ideológico.

cooperativo en materia de salud, fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud, generar conciencia para un sistema único de salud, elaborar paquetes básicos acordes a la población en los tres niveles de atención, crear un seguro de salud cuatripartita (paciente, gobierno federal, estatal y municipal) o acceso gratuito a medicamentos y a los servicios de salud.

Para determinar el alcance de la participación social no obsta que de una manera conciente y favorable desde el punto de vista de la pretensiones de la política pública se prevea en los artículos 9 y 63 del RLGSPSS, "la participación de la población beneficiaria en el diseño y evaluación de los servicios" esenciales de salud así como la constitución de organizaciones de beneficiarios que funcionarán "como avales ciudadanos de los resultados de calidad en lo referente al trato digno que debe proporcionarse en los centros de atención del área geográfica correspondiente" respectivamente, pues ambas medidas se llevarán a cabo sólo después de implementada.

Además de que desde el punto de vista del diseño de la política pública se pueden hacer dos observaciones: a) en ambos casos dicha participación depende de organismos gubernamentales, de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en cuanto a los servicios y, b) de los Regímenes Estatales por lo que hace al trato digno. Asimismo, no se precisan los tiempos ni las formas y mecanismos para hacer efectiva tal intervención ciudadana, de tal manera que se pueden ubicar dentro "de la noción convencional de regulación, la cual a menudo se asocia con mecanismos burocráticos que inhiben la iniciativa de los ciudadanos".³⁹

³⁹ Frenk Mora, Julio José (2000). *Op. cit.*, p. 210.

Ahora bien, si se toma en cuenta que en el D.F. se concentra un tercio de las organizaciones no gubernamentales registradas en el país⁴⁰, lo cual por otra parte se explica por la centralidad política y económica de la entidad. Y si también es cierto que algunas de las organizaciones se ocupan de temas centrales para la salud desde el punto de vista de sus condiciones como son medio ambiente, vivienda, servicios públicos, familia e incluso 4.5% de las consideradas organizaciones autónomas se dedican como tema central a la salud, su voz no se escuchó durante el accidentado proceso de implementación del seguro popular en el D.F., ya fuera para apoyarlo, señalar sus deficiencias o con el fin de oponerse al mismo.

Pero ¿por qué si existen múltiples organizaciones no gubernamentales así como agrupaciones autónomas en el Distrito Federal consagradas en sus labores cotidianas a temas relativos a la salud y a la atención de la salud misma, éstas no intervinieron en un conflicto en el que a final de cuentas se discutía la implementación de una política pública que con recursos públicos pretendía incidir en las condiciones de salud de los capitalinos?

Ante tal interrogante, más que respuestas definitivas se pueden construir algunas hipótesis que ayudan a explicar la ausencia de la sociedad organizada en el conflicto. La primera respuesta tentativa se orienta a que ello fue así “por la falta de un proyecto articulador de las

⁴⁰ De acuerdo con Víctor Manuel Durand Ponte, *Op. cit.*, p. 137, en el año 2000 existían en México 16 000 organizaciones no gubernamentales, de las cuales poco más de un tercio (5 500) operaban en el Distrito Federal, mientras que del número restante (10 500) el 20% se concentraban en cuatro entidades federativas. En contraste, continúa el autor, durante 1987 en los Estados Unidos de Norteamérica existían 907 000 organizaciones no gubernamentales dedicadas exclusivamente a actividades filantrópicas. Lucía Álvarez Enríquez (2005). *Op. cit.*, p. 181, habla de 1,200 “organizaciones civiles de carácter autónomo” en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México; dicha autonomía implica (p. 277) la exclusión de grupos sujetos al aparato corporativo, asistenciales y lucrativos “tales como casas hogar, empresas, asilos, consultorías, hospitales de beneficencia, clubes (...) “con fines exclusivamente privados” que los distancian de “los asuntos de interés general o públicos”.

acciones colectivas y por una gran fragmentación interna"⁴¹ que caracteriza a las organizaciones sociales, lo que implicaría para las demás agrupaciones la interpretación de que el seguro popular sólo competía a aquéllas dedicadas a la salud en exclusiva.

De ser así, la pregunta que surge es ¿Por qué las organizaciones dedicadas a los temas de salud no intervinieron en el problema? La segunda hipótesis apunta a la afirmación del carácter autónomo de las organizaciones, es decir, que no se querían mezclar en un asunto al que previsiblemente concebían como una disputa política con marcado énfasis electoral de cara a la votación federal de 2006.

La tercera respuesta tentativa deriva de una característica central del fenómeno organizativo que es visto como una de sus debilidades, referente al alcance de la multiplicación de organizaciones sociales y su discutible no conformación en sociedad civil con lo que se adolecería, pese a la presencia e incremento de tales formaciones, de la integración no sólo de sus miembros si no de las organizaciones con las personas con quienes interactúan para que ambas se incrusten en la actividad política y el debate ideológico.

Pero todavía existe una hipótesis más, talvez más esclarecedora que las anteriores y que apunta a la debilidad de las organizaciones autónomas dedicadas a la salud en el D.F. Al respecto se tiene que luego de un análisis de su consistencia organizativa con el fin de distinguir a las más representativas durante la segunda mitad de la década de los años 90°, mediante el cual se ponderó su influencia política junto con su equilibrio

⁴¹ Álvarez Enríquez, Lucía (2005). *Op. cit.*, p. 249.

organizacional, la participación lograda y su permanencia temporal, las dedicadas a la salud simplemente desaparecen.⁴²

Las posibles causas de la inconsistencia organizacional tanto de los grupos ya establecidos como de la sociedad en general en torno de los problemas de salud y de la política sanitaria (lo que explica de manera concomitante sus limitaciones para incidir en el proceso de implementación del seguro popular en el D.F.), las ofrecen dos de los actores participantes en el debate, quienes son, por cierto, de los más calificados para tal cometido.

Para Julio Frenk la dinámica propia de la enfermedad (los eventos que la expresan no se agrupan de una manera natural, excepción hecha de las epidemias), junto con la vulnerabilidad y debilidad de quienes la padecen obstaculizan la autoorganización de la sociedad alrededor de la salud, por lo que se requiere de un "esfuerzo explícito para diseñar organizaciones que involucren activamente a la población", además de que el consenso total no es indispensable para sacar adelante una reforma integral para la atención a la salud y el esfuerzo por alcanzar tal consentimiento suele soslayarse en sociedades signadas por una tradición ejecutiva por oposición a las parlamentarias.

Mientras que para Laurell, debido a que no se afectan derechos tan nítidamente definidos como en el caso de la seguridad social además de que no se afecta directamente a los agentes económicos privados, se puede avanzar más rápidamente en la reforma del sistema de salud en su vertiente que involucra a la población no asegurada.⁴³

⁴² Ver: Olivos S. Leonardo. *Reporte metodológico del trabajo de campo* [dentro del Anexo I, pp. 275-282] en: *Ibíd.*, pp. 278-280.

⁴³ Ver respectivamente: Frenk Mora, Julio José y otros (1994). *Op., cit.* pp. 240 y 282; así como Frenk Mora, Julio José y Londoño, Juan Luis. *Op. cit.* p. 28 y Laurell, Asa Cristina (2001). *Op., cit.* p. 97.

En conclusión, si se parte de la base de que el alcance y profundidad de la acción organizada en el D.F. es limitada, pues no trasciende hacia la actividad política ni al debate ideológico, aunado a la debilidad de las organizaciones autónomas dedicadas a la salud en la entidad desde el punto de vista organizacional junto con la posición en la que, de manera general, la sociedad queda ubicada frente a la enfermedad y su contraparte (la salud) se puede entender la ausencia de las organizaciones de la sociedad en el debate y sobre todo en el proceso mismo de la implementación del seguro popular en el D.F.

Pero sin que se pueda soslayar como marco de los elementos enunciados el fenómeno más global del régimen político en el cual se desarrolló la coyuntura, caracterizado por la ausencia de derechos explícitos para los afectados y por la inexistencia de una tradición para la búsqueda y construcción de consensos.

6.4 Los hechos y su interpretación: La política pública en los vericuetos de la lucha por el poder

Entre el rechazo tajante de López Obrador al SPSS y su final aceptación tras una reunión con el jefe del ejecutivo, Vicente Fox, luego del desafuero del primero como jefe de gobierno capitalino median dos visiones de gobierno contrapuestas; el contraste de ambos enfoques gubernamentales también se interpuso entre la implementación del seguro popular en las 31 entidades a través de igual número de convenios y su implementación parcial en la capital sin la existencia del acuerdo respectivo. No obstante tales discrepancias, hay que hacer notar que el conflicto se fraguó, sobre todo, debido a la lucha por el poder.

Así, la disputa respecto a la implementación del seguro popular en el D.F. se explica más por el enfrentamiento de dos personajes políticos de primer orden en la coyuntura de la vida pública del país, pues uno de ellos (AMLO) buscaba alcanzar el peldaño superior del poder político, mientras que el otro (Fox) pretendía la permanencia tanto del proyecto como de los intereses que sustentó desde tal pedestal en el ejercicio del poder, por lo que requería que accedieran a éste último políticos con la afinidad suficiente para tales cometidos. Ante tal configuración de aspiraciones y prevenciones políticas, ambos actores se confrontaron abiertamente al tener sus miras puestas en un punto que los excluía mutuamente: la presidencia de la República.

En medio de tales vicisitudes el seguro popular continuaba su marcha sin presencia en la única entidad del país en la que no se había implementado para el año 2005 (en enero de ese año, tras tres meses y medio de negociaciones Durango fue la penúltima entidad en incorporarse al SP).

En los hechos la negativa de la administración local para implementar el seguro popular se remonta al momento del análisis de la reforma legal que finalmente formalizó la política pública en la LGS con el SPSS, pues el 27 de abril de 2003 se planteó la posibilidad de que AMLO opusiera una controversia constitucional si la reforma era aprobada en la cámara de diputados.

La reforma finalmente se dio sin que se presentara la demanda constitucional.⁴⁴ ¿Cómo se puede interpretar esta oposición inicial? Desde

⁴⁴ De acuerdo con altos funcionarios de la SSGDF en declaraciones vertidas mientras se negociaba la implementación del SP en la entidad durante abril de 2005, la controversia no se presentó “para evitar obstaculizar un proceso que, aunque con limitaciones, sí está dando más dinero a las entidades federativas para financiar sus sistemas de salud”. Documentada en Leal Fernández, Gustavo (2008). *Op. cit.*, p. 55. Así como Cruz, Ángeles y Becerril, Andrea. *Op. cit.*, (27.03.2003).

luego que la existencia paralela de una política pública (PMYSMG-GDF) que partía de un sistema de valores distinto al del seguro popular explica de manera inmediata tal obstrucción, pues el programa del GDF proponía que para derribar la barrera financiera que impide la atención a la salud se requería la gratuidad de los medicamentos y los servicios cuyo financiamiento, según esta concepción, debe corresponder al gobierno en un contexto de pobreza y desigualdad crecientes.

Sin embargo, ambas políticas públicas tienen un por qué así como un para qué los cuales trascienden sus objetivos formales y cuya ruta se puede abordar mejor desde los márgenes más amplios de la política donde los actores despliegan sus estrategias a través acciones. Así enmarcada, se puede discernir que la oposición de AMLO no provino de una posición partidaria, pues la mitad de la representación del PRD en el senado aprobó la reforma (supra, pp. 195-196) y los gobernadores electos de ese partido convinieron en implementarla en sus respectivas entidades sin mayores contratiempos.⁴⁵

La gestión del gobernante de la capital, que incluyó programas sociales como la pensión universal a los residentes mayores de 60 años junto con obras públicas de gran magnitud, la apertura de una universidad y preparatorias más su presencia personal en los medios a través de conferencias matutinas diarias, dotaron al jefe de gobierno de una popularidad que lo ubicaba a finales del 2003 con grados de aceptación arriba del 75% y como receptor potencial del 50% de la intención del voto rumbo a las elecciones presidenciales de 2006, mientras que en el rubro de

⁴⁵ Según Miguel Elías Moreno Brizuela, senador postulado por el PRD, en ese entonces presidente de la comisión de salud y seguridad social el papel de los gobernadores postulados por PRD fue de impulso a la formalización legal del SP ante la perspectiva de mayores recursos. Ver: Becerril, Andrea y Cruz, Ángeles. “Comenzará en 2004 y funcionará en su totalidad en 2010. Aprobación *fast track* en el Senado del seguro popular”. Diario la jornada, versión electrónica del día 25 de abril de 2003, sección sociedad y justicia.

popularidad era seguido por Marta Sahagún, esposa del presidente en funciones con 52.1%.

Miradas en retrospectiva, desde el momento de su implementación, tales políticas públicas y acciones de gobierno se pueden ubicar como la demostración de que sí era posible y mas redituable una gestión gubernamental diferente de la federal (supra, pp. 282-284). Ahora que, si se observan en prospectiva a partir de ese mismo momento, resulta difícil soslayar que cubren un amplio espectro del electorado considerado tanto por grupos edad como por categorías económicas, aunado al impacto de los medios masivos de comunicación quienes tradicionalmente ponen especial atención a lo que sucede en el centro económico y político del país.

De esta forma, no resulta extraño el rechazo que durante cinco años sostuvo López Obrador a la implementación del seguro popular en la entidad que gobernaba. El impedimento se cifró entonces en la fortaleza de su imagen como gobernante al frente de un proyecto del que derivaba la gratuidad de los servicios de salud y de los medicamentos como responsabilidad del gobierno, la cual fue traducida en política pública gracias a las características económicas y de disponibilidad de infraestructura del D.F. (supra, pp. 285-289). En síntesis, se puede decir que deliberadamente su gestión gubernamental proyectó de manera muy marcada a dicho personaje como uno de los más serios aspirantes a la presidencia de la República.

Del lado contrario de la gestión gubernamental la visión en cuanto a la lucha por el poder no era muy distinta, pues la no aceptación del seguro popular por parte del GDF podría significar en los hechos el reforzamiento de la imagen de autosuficiencia de la cabeza visible de la administración local, y de paso el fracaso de la política pública federal que de no implementarse en la entidad no podría lógicamente lograr su cometido

declarado: la cobertura universal, pero sobre todo se corría el riesgo de que se explotara políticamente el logro de una alta cobertura con una política contrapuesta⁴⁶ al esquema que se proponía desde la federación.

Bajo esta perspectiva y con la proximidad del año electoral (2006), la incorporación del D.F. al seguro popular resultaba estratégica para el gobierno federal. Por esa razón, en detrimento de la LGS y a pesar de que en los primeros días de marzo de aquel año se habían instalado cinco mesas de diálogo para implementar la política pública en la entidad, cuyos trabajos no avanzaron ante la insistencia por parte del GDF de buscar un mecanismo que garantizara la gratuidad además de que se verificaron discrepancias en el marco legal, Vicente Fox entregó simbólicamente el cinco de abril ocho pólizas a igual número de ancianos residentes de la entidad con el objeto de que como beneficiarios del seguro popular accedieran eventualmente a la intervención de cataratas.⁴⁷ Con ello prácticamente se implementaba la política pública en la entidad sin respetar la ley.

Todos estos hechos, interpretados con las posiciones y aspiraciones políticas de los actores en el proceso dejan ver que la implementación del seguro popular en el D.F. quedó instaurada en la lucha por el poder, de ahí que para la culminación del mismo se requiriera de incentivos de índole

⁴⁶ Según Andrés Manuel López Obrador, el PMSG-GDF alcanzó en abril de 2005 una cobertura de 7,10 mil familias (p. 62), cuando de acuerdo con Julio Frenk la demanda potencial en esa entidad era de 835 mil núcleos familiares (p. 108). En este sentido, la SS-GDF reportó para esas fechas una cobertura de alrededor de 80 por ciento de las familias no aseguradas en el IMSS o el ISSSTE, de las unidades territoriales de muy alta marginación, así como de alta y media marginación (p. 88). Véase: Leal Fernández, Gustavo (2008). *Op. cit.*

⁴⁷ El artículo 77 bis 6 de la LGS establece que para la ejecución del SPSS se celebrará un acuerdo entre el ejecutivo federal y los gobiernos de los estados y el D.F. Durante todo el mes de abril tanto Fox como Frenk aludieron a la urgencia de la implementación del SP en el D.F., justificando la medida adoptada con el señalamiento de que se trataba de prestaciones para ampliar la cobertura horizontal y encaminadas a atender padecimientos costosos; en: *Ibidem*, pp. 33, 36, 38-39 y 45-46. En la misma obra se documenta (p. 105) la importancia que para Frenk tenía el hecho de que el SP tuviera presencia en todo el territorio nacional: según éste se trataba de “un hito en la historia de nuestro sistema de salud”.

política. Así, luego de que el 7 de abril del 2005 la cámara de diputados retirara la inmunidad judicial como jefe de gobierno a AMLO, el 4 de mayo la Procuraduría General de la República cerró el expediente argumentando que no había pena aplicable para el caso.

Entre esas dos fechas se celebraron manifestaciones multitudinarias en la capital y muestras de apoyo por parte de personajes y grupos políticos a favor de AMLO. Ante tal escenario, el entonces aspirante (todavía no lo era formalmente) mejor posicionado para las elecciones presidenciales de 2006 se reunió en los primeros días de mayo con el titular del ejecutivo en funciones, Vicente Fox, tras lo cual López Obrador pudo seguir su camino hacia la elección federal del año próximo, mientras que en el gobierno de la capital se asumió una posición más conciliadora que finalmente posibilitó la firma del acuerdo para la ejecución del SPSS en la capital el día 27 de junio de 2005.

CAPÍTULO SÉPTIMO

La propuesta: un esquema para el análisis de políticas públicas de corte social.

Si algo importante puede ofrecernos el análisis de políticas es el rescate del gobierno como tema de estudio central y decisivo para entender y mejorar el funcionamiento del sistema político y administrativo.

Luis F. Aguilar Villanueva

Analizar la realidad política representa un desafío intelectual de envergadura, construir un esquema que sirva para indagar sobre un aspecto específico de ese entorno es más difícil aun.

Luego de la investigación que se desarrolló a través de seis capítulos, finalmente llega la hora de proponer, pues si el análisis de la política pública que se eligió y construyó como objeto de estudio abona por sí mismo para la edificación de conocimiento (siempre parcial y temporal) respecto de la política sanitaria vigente y los problemas de salud existentes, ello a través del establecimiento de los orígenes, las razones, las características y los alcances del seguro popular en el D.F., falta todavía la aportación que a partir de tal ejercicio se puede elaborar.

En este sentido, el presente capítulo busca colmar el punto pendiente a través de la proposición de un bosquejo que sirva para analizar las políticas públicas de corte social desenvueltas en el contexto político nacional.

Si por políticas públicas de corte social se entiende que son aquellas que de manera central y predeterminada se orientan a encauzar las condiciones de vida de los grupos menos favorecidos de una comunidad, la diversidad de planos en los que éstas pueden desenvolverse, bien sea por acción u omisión, obliga a establecer una serie de precisiones y acotaciones respecto tanto de la aplicabilidad como de la pertinencia del esquema, tarea que se desarrolla en el primer apartado.

Posteriormente, en el segundo apartado se exponen los elementos analíticos que componen el esquema mediante su construcción, elaborada a partir de la revisión y explicación de cómo se operó con ellas en la investigación. En la tercera sección, tanto con las acotaciones como en

posesión de los elementos analíticos, se procede a la integración de los mismos para constituir el bosquejo.

Pero el trayecto no para ahí, ya que si el análisis tiene como materia prima la realidad, bajo el supuesto de que aunque ambos puntos (análisis y realidad) son dos cosas distintas, se pondera el hecho de que hay que pensar en las mejores formas y términos para que interactúen más cercanamente. Consecuentemente, en el cuarto punto se proponen una serie de lineamientos a considerar para mejorar la política sanitaria, sin dejar de sopesar, de manera similar a lo que se hizo con el esquema, las limitaciones que les son inherentes.

7.1 El análisis de políticas públicas y la realidad política. Las precisiones del caso

En la medida que se analiza para explicar una parte de la realidad y eventualmente con la finalidad de actuar sobre la misma, las características ya conocidas, las más evidentes del objeto de estudio, esas que le son más cercanas guiarán los momentos y pasos analíticos empleados para tal fin, ello es así porque las particularidades que le son propias se encontrarán sólo luego de hacer el análisis.

Aunque la experimentación pudiera conducir en manos experimentadas a resultados innovadores, la prudencia metodológica tanto como los principios lógicos más elementales conducen a una cierta estabilidad de los esquemas utilizados para el análisis, así como a la explicación del objeto desde un ángulo determinado, sin que ello clausure la

posibilidad de hacerlo desde otras perspectivas diversas ó de elaborarlo desde dos o más aspectos en un mismo momento.

De esta manera, a partir del estudio de caso que se realizó con la presente investigación y debido a la diversidad de contenidos que puede acoger una política pública, así como en virtud de la pluralidad de perspectivas desde las que pueden ser abordadas, el esquema analítico que se propone a continuación requiere de ciertas precisiones que permitirán dimensionarlo de mejor manera a través de la identificación de los límites precisos para su aplicación, pero también a partir de la pertinencia que puede tener como un instrumento que ayude a analizar desde la disciplina de la administración pública y la ciencia política, a las políticas públicas de corte social que se desenvuelven en una realidad compleja como es la del país.

El supuesto que enmarca y en buena medida explica la necesidad de las precisiones es que el análisis es una cosa distinta de la realidad. Al ser la realidad política un elemento rico en complejidad, además de variado, los esquemas utilizados para la explicación de uno de los componentes de ese mundo fáctico en la forma de las técnicas con las que desde el gobierno y a veces junto con la sociedad organizada se intenta actuar precisamente sobre el entorno (o sean las políticas públicas) conducirán a resultados más o menos pertinentes, es decir, serán útiles para acercarse a las verdades relativas que subyacen en la realidad fáctica con el fin de explicarlas, pero tales construcciones analíticas no son ellas mismas esa parcela de la verdad.

Con estas digresiones se puede inferir que las precisiones del caso (el seguro popular en el D.F.) son los espacios ubicados entre el esquema analítico que aquí se propone a partir del estudio del propio caso y la realidad objeto de estudio (las políticas públicas de corte social), mismos que requieren ser colmados para evitar cualquier ambigüedad en la

propuesta. De esta manera, los elementos que desde la práctica de las políticas públicas pudieran servir como objeciones a un esquema que pretende analizarlas en los términos ya señalados, son la amplitud y exhaustividad del esbozo tanto como la irrepitibilidad del caso que de manera interconectada tienen que ver con la aplicabilidad del esquema.

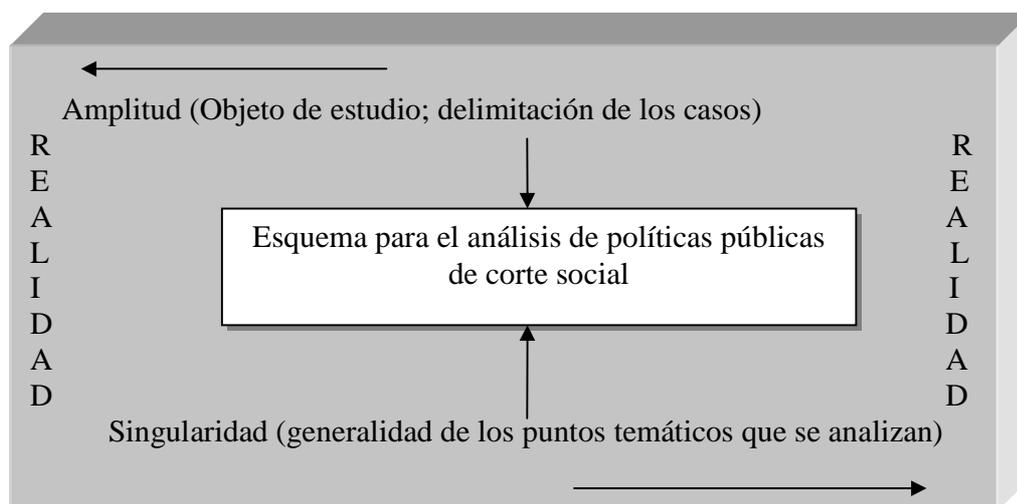
El problema de la amplitud y el de la singularidad del caso derivan en la dificultad para analizar las políticas públicas que no son el seguro popular con un esquema elaborado a partir del análisis de ese caso específico.

Aunque las respuestas a cada uno de estos dos puntos problemáticos parecen correr en sentido contrario (la delimitación de los casos posibles por el lado de la amplitud, frente a la generalidad de las líneas de análisis respecto de la no repetición del caso), ambas encuentran un punto de contacto dentro del esquema que permite darle unidad al mismo y que se establece con lo que queda fuera de él.

Gráficamente, se puede representar la unidad del esquema de la siguiente manera:

Representación gráfica No. I

La amplitud y la singularidad como estrategias analíticas para la aproximación a la realidad política mediante el esquema



Fuente: Elaboración propia

De esta manera, si las consideraciones respecto de la amplitud conducen a establecer que el esquema aplica para las políticas públicas de corte social en un ámbito espacial que será determinado por el objeto de estudio, las múltiples facetas o matices que es posible encontrar en este universo así delimitado, obligan a establecer los elementos que compondrán el análisis con una generalidad capaz de abarcar esas posibles manifestaciones.

Así por ejemplo, se podrá utilizar el esquema para analizar una política pública de corte social (elemento fáctico que opera en la realidad) que a diferencia del seguro popular no provenga del gobierno federal sino de la administración local, debido a que entre las líneas temáticas que de la realidad retoma el esquema se incluyen aspectos enunciados en general

como son los actores, sin importar quiénes sean éstos, así como el desenvolvimiento histórico de la política y del sector de la administración pública que le da tratamiento, bien sea en el ámbito nacional o estatal, lo que dependerá de la política pública de corte social que se pretenda estudiar.

El tema de la historia como elemento analítico deriva en otro de los puntos que requiere ser precisado: la exhaustividad con la que se emprende el análisis de la política pública una vez que ésta se eligió como objeto de estudio. Al respecto, se pueden destacar dos aspectos del análisis de políticas que permiten aproximarse a la justificación e hipotética resolución del problema: el objeto del análisis y su método.

Si por un lado la heurística como método de explicación de la realidad apunta hacia la "disección" de una parte de la misma en aras de estudiarla con profundidad para posteriormente relacionarla con su contexto más general, ello no elimina la necesidad de explicar ese marco más global. Y en este sentido lo que se discute es la extensión tanto como la profundidad con las se aborda el tratamiento del contexto en la investigación mas no su estudio por sí mismo, lo cual de una manera práctica dependerá del otro aspecto: el objeto o finalidad del análisis de políticas.

Ello es así porque no es lo mismo llevar a cabo el ejercicio analítico desde el ámbito académico donde se subraya el objetivo teórico cuyo propósito será el análisis mismo con fines de conocimiento, que emprenderlo en y desde el gobierno o para la gestión gubernamental en donde se resalta la necesidad de su aplicación con fines de encauzar ciertos problemas reales, pero sobre todo hacerlo con efectividad, pues en éste último caso los tiempos se acortan más.

Además, en el segundo ámbito se puede obviar la extensión de la revisión histórica de los acontecimientos involucrados con la política pública así como su contexto institucional porque lo normal es que éstas facetas del esquema ya fueron elaborada por diversos autores; y si bien hay que considerarlas para no caer en crasos errores que impidan la implementación de la política pública como sería el hecho de desconocer aspectos culturales muy arraigados en la población objetivo, no siempre se requiere hacer explícito el devenir histórico que, por otra parte, al revelar el contexto más general de la política la desenmaraña a ella misma.

Así pues, la exhaustividad del esquema propuesto queda determinado por la finalidad de la investigación, mientras que la singularidad del caso a partir del cual se estructura la presente propuesta se supera mediante la generalidad de los enunciados con los que se pretende abordar los casos a analizar, esto es, las políticas públicas de corte social.

Sin embargo no se trata de un bosquejo definitivo o inamovible, pues frente a la riqueza y la complejidad de la realidad pretende ser solamente un punto de paso en el amplio trayecto del análisis de políticas públicas. Por ello queda abierto a las adecuaciones, sin olvidar que las disciplinas sociales son receptivas a la discusión tanto de sus métodos como de sus resultados e incluso de sus fundamentos. Por lo demás, los tres criterios que recibieron precisión en las líneas anteriores serán puntualizados a lo largo de la elaboración del esquema.

7.2 *Los elementos para la elaboración del esquema*

Para el estudio del caso, es decir, el seguro popular en el D.F. se siguió una serie de pasos que en su conjunto permitieron el análisis de la política pública, donde se entiende dicho ejercicio intelectual como la ubicación contextual, así como la descomposición de sus partes con la finalidad de explicarlas e integrarlas posteriormente en una síntesis que brinde orientación a cerca de cómo actúa sobre la realidad y por qué lo hace de una manera determinada mas no de otra, todo ello con la finalidad de saber sobre su impacto en la realidad.

Lo que se propone aquí, una vez realizadas las precisiones pertinentes y aún con las adaptaciones que pudieran surgir, es que a partir de la investigación efectuada se puede elaborar un esquema que sirva, mediante las adaptaciones previas y necesarias, para analizar las políticas públicas de corte social. Consecuentemente, en este apartado se ubican y explican los seis momentos analíticos efectuados dentro de la investigación, además de que se sustenta la pertinencia de su extrapolación para los fines descritos.

7.2.1 *Las construcciones teóricas que explican la política pública y las que postulan sus contenidos*

En este punto básicamente se revisa la bibliografía respecto del primer elemento del objeto de estudio: la política pública, ello como una condición para el conocimiento de las partes y etapas que la componen así como de sus orígenes además del desenvolvimiento que como parte de la disciplina de la administración pública sigue tanto en el plano práctico (el gobierno y la gestión pública) como en el ámbito teórico.

De inmediato puede surgir ante este planteamiento el cuestionamiento de si, como se adujo en la representación gráfica no. I, los puntos temáticos los retoma el esquema de la realidad entonces ¿Por qué acudir a lo que sobre la realidad está escrito, en lugar de observar directamente el objeto de estudio?

La respuesta, a parte de la convención según la cual las disciplinas en el campo del conocimiento se nutren y estructuran a partir de la discusión de los hechos previamente analizados, obedece en el presente caso a dos razones.

Por un lado al amplio estudio del que fue objeto el tema de las políticas públicas con anterioridad, cuyas escuelas por otra parte son prolijas en estudios de caso, es decir, parten del estudio de momentos específicos de la realidad de tal modo que al acudir a sus construcciones teóricas se encuentra quien las estudia ante una aproximación, si se quiere ser riguroso, mediatizada por el estudio y el análisis previos.

Así, la práctica acumulada en materia de análisis de la realidad se convierte en un elemento analítico del esquema que permite identificar, (bajo el supuesto de que entre la realidad y la teoría se puede establecer un proceso continuo de realimentación) no sólo el nombre de las construcciones teóricas sino lo que es más importante aún, sus postulados respecto de los pasos que describen así como las líneas directrices en cuanto a los contenidos de las políticas públicas. Pero todavía permite ir más allá, ya que vislumbra los elementos necesarios para identificar los motivos subyacentes de unas y otros.

Pero para visualizar estos últimos aspectos menos evidentes se requiere de una posición crítica respecto de tales construcciones teóricas, la cual en el caso objeto de la presente investigación traslada, al momento de

elaborar el primer elemento del esquema, a la consideración de las siguientes líneas temáticas como una experiencia por considerar para el análisis de las políticas públicas de corte social:

- I. La necesidad o no de adaptación de las construcciones teóricas edificadas a partir del examen de una realidad distinta a la del ámbito cultural y geográfico donde se estudiará el caso, así como respecto de su posible importación desde la gestión privada

- II. Como complemento del punto anterior, la exploración de planteamientos más acordes con las condiciones socioeconómicas y políticas propias del ámbito donde se desenvuelve la política pública objeto de estudio.

Bajo estas líneas, en el desarrollo de la investigación se encontró que las escuelas de políticas públicas, en su origen y al explicar partes de una realidad en la que la sociedad organizada tiene una tradición más larga (lo que redundaba a su vez en una cantidad mayor del número de organizaciones así como en su mayor incidencia cualitativa en los asuntos públicos) fenómeno éste que corre paralelo a un intervencionismo gubernamental menos pronunciado, conducen al requerimiento de matizar sus planteamientos al aplicarlos a otra realidad con características diversas.

El hecho de que en el D.F. en general y para el campo específico de la salud, las organizaciones hayan estado ausentes durante el diseño e implementación del seguro popular confirma la pertinencia en cuanto a la consideración de este punto.

La necesidad de adaptación también se verificó en el caso de la Nueva Gestión Pública, construcción teórica ésta entre cuyos postulados se encuentran presentes algunos elementos centrales del seguro popular en

tanto política pública, tales como el cobro a los usuarios, el planteamiento de la calidad o la búsqueda y generación de incentivos, los cuales, para fines de su aplicación, requieren previamente pasarse por el tamiz de su pertinencia, es decir, de su adecuación.

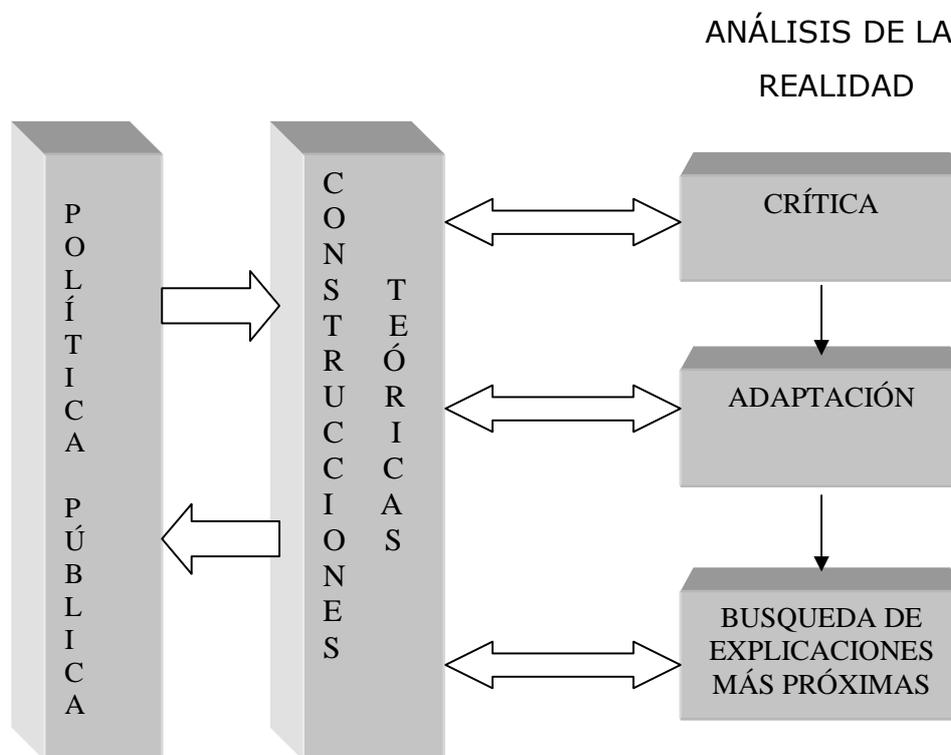
Asimismo, a partir de la crítica de los postulados de la NGP se pudo vislumbrar que su adecuación se plantea junto con algunas respuestas tentativas, por parte de organismos que como el CLAD se dedican tanto a la investigación como a la difusión de realidades más concretas aunque diversas como las de América Latina, por lo que son más cercanas al caso mexicano.

En conclusión, ante los planteamientos teóricos dominantes, provenientes y contruidos a partir de realidades distintas (cuestión que sucede con cierta normalidad en la administración pública como disciplina y que en el caso de las políticas públicas se establece desde su origen), cabe su adaptación a partir de la crítica de sus planteamientos, lo que como ejercicio intelectual conducirá a la búsqueda de diseños más acordes con la realidad en juego, abriendo además la posibilidad de construcciones originales.

Así, para el planteamiento del esquema que se propone, el elemento construcciones teóricas que explican la política pública como una práctica de la gestión pública, junto con las que postulan sus contenidos puede establecerse gráficamente y en términos generales de la siguiente manera:

Representación gráfica No. II

Ruta para dimensionar las construcciones teóricas que explican el proceso y los contenidos de la política pública



Fuente: Elaboración propia

Enunciadas en un sentido general, las líneas del primer punto analítico del esquema se convierten en instrumentos que explican la pertinencia de los planteamientos teóricos respecto de las políticas públicas y de sus contenidos, así como las razones de su adopción junto con las necesidades en cuanto a su adaptación a la realidad del ámbito en donde aquella se implemente o busque implementarse.

7.2.2 *La argumentación e interpretación históricas como una base sólida para la explicación de las políticas públicas*

Debido a que una de las proposiciones generales de la presente investigación en cuanto al análisis de políticas es que la exhaustividad no sólo se refiere al análisis de las políticas públicas desde las políticas públicas hacia delante, sino que la rigurosidad de tal ejercicio involucra también su examen en y desde su contexto más general; la historia, en lo referente a la temática propia en la que se desenvuelve el instrumento de gestión que se pretenda indagar, aparece ineludiblemente como un elemento estructural del esquema que se propone.

Dimensionada de tal manera, la revisión histórica se erige como una puerta de entrada a la explicación de los significados de la política pública objeto de estudio.

En el caso del seguro popular, su valoración desde el amplio margen de la política social en el país posibilitó el reconocimiento de los problemas estructurales que aquejan al sector salud, mismos con los que la política pública contiene en su implementación, tal es el caso de la segmentación revelada en la organización que se diseñó durante el siglo pasado para brindar atención institucional en materia de salud, la cual por otra parte se justificó para los individuos que la recibieron por el lugar que como trabajadores del sector formal ocupaban en la estructura social, lo que a su vez se explica desde un ángulo colectivo por la búsqueda del capitalismo como el sistema socioeconómico predominante pretendido para el país.

Así pues, este elemento del esquema permite ver las razones del diseño de la política pero también, con posterioridad, su ubicación como parte integrante de un determinado modelo de política social que en el

presente caso es el neoliberalismo, cuyas características: privatización, descentralización y focalización no sólo explican las características propias de la política pública que se analiza, sino, lo que es más importante todavía, dieron pie a la posterior interpretación y ubicación exacta de ésta última como parte integrante del proceso de reforma del sector salud en su conjunto.

Pero si con la interpretación histórica es posible identificar los aspectos y los problemas estructurales del fragmento (el sector salud en conjunción con la política sanitaria como apartados de la política social) mismos que a su vez determinan tanto los contenidos como las omisiones de las políticas públicas en la materia, también trasluce las razones así como las sinrazones que subyacen en las ideas dominantes además de las que acompañan a las críticas que se les formulan.

Más aún, deja ver que en el devenir de la historia las transformaciones verificadas y su interpretación a través de un conjunto de ideas condujeron a la creación, instalación y posterior crecimiento del sector informal de la economía así como a la flexibilización laboral, de tal manera que ante tal conjunción de circunstancias históricas y de su interpretación brotó el requerimiento para construir otros esquemas que brindaran la atención institucional en salud mediante una organización más acorde con unas y otras.

Asimismo, permitió saber sobre los objetivos de la política pública que, mirados desde este ángulo más abarcador, aparecen como específicos y los cuales obedecen a un planteamiento añejo, tal es el caso de la pretensión de ampliación de la cobertura para la población.

En el nivel macro ésta perspectiva posibilitó el esclarecimiento de una relación de subordinación de la política social respecto de la política

económica como una cuestión secular que persiste en la actualidad, aunque ella se haya manifestado en los distintos períodos de la historia de una manera oscilante y no linealmente, lo que permite decir que esta no se da de forma permanente e inevitable.

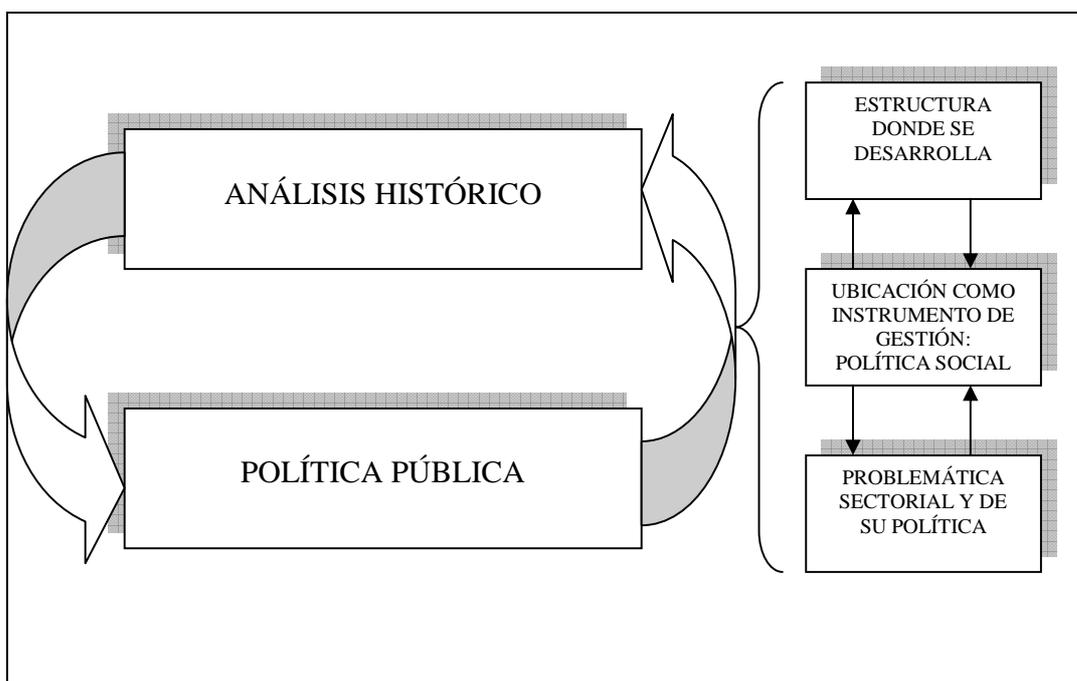
Lo que se propone con esta parte del esquema es no soslayar el hecho de que el sentido de la historia dota de significados y contenidos a las políticas públicas, pero también que tales connotaciones junto con sus particularidades tienen un sentido en la historia. Si bien es verdad que tales elementos quedan sujetos a la interpretación, su discusión razonada evita los maniqueísmos que derivan en la exaltación sin fundamentos o en la crítica ligera de la política pública, obligando así a la argumentación más sólida de su explicación.

La revisión histórica para el análisis de políticas públicas delimitará entonces, así sea en términos generales, la estructura de la que forma parte además de las características y las orientaciones actuales del ámbito en el que como instrumento de gestión pública se desarrolla, esto es, los caracteres propios de la política social.

Y como parte integrante de esta última, los que definen al sector de la administración pública involucrada en su tratamiento, así como los de la política sectorial desenvuelta y sus problemáticas particulares, permitiendo con esto el discernimiento del papel que juega la política pública como parte integrante de cada uno de estos grupos y subgrupos. Gráficamente la representación queda como sigue:

Representación gráfica No. III

La argumentación e interpretación históricas como base para el análisis de políticas públicas



Fuente: Elaboración propia

De esta manera, el análisis histórico acercará al investigador a la amplia veta de la estructura donde se desarrolla la política pública, con lo que le permitirá ubicarla como un instrumento de gestión política, además de que facilitará su acceso al examen de la problemática que enfrenta en el plano sectorial.

7.2.3 El contexto institucional

En lo referente a las instituciones que dentro de la estructura más general de una sociedad dan cabida a la política pública, se puede decir que tales reglas del juego permiten la gestación de ésta última tal y como fue concebida, con las características que le son propias, esas que la distinguen.

Pero en la medida que la política pública aspira ella misma a modelar comportamientos, puede ser ubicada como una institución que abona al mantenimiento del ordenamiento del cual forma parte, sin que se pueda obviar el hecho de que con ella se pueden introducir cambios, aunque lo hará dentro de los márgenes del sistema del que es un componente.

Ésta última característica permite plantear hipotéticamente la posibilidad de introducir transformaciones más profundas mediante los instrumentos de gestión que son las políticas públicas en el ámbito de la política social.

En el caso específico de la implementación del seguro popular en el D.F., se pudo observar más adelante que la generalidad del planteamiento ubicado en el vértice institucional abrió la posibilidad del diseño políticas públicas diversas al propio seguro popular. De lo que se trata en este punto es de explicar con detalle el conjunto de reglas del juego que dan cabida a la gestación formal de la política pública.

En la elaboración de este trayecto del análisis se recomienda el método deductivo, pues al ir de lo general a lo particular se puede observar que cada eslabón normativo explica al otro, con lo que se podrá discernir la coherencia que tiene el ordenamiento desde el punto más abarcador que en el caso estudiado es el derecho constitucional a la protección de la salud

hasta el sitio más específico que es el seguro popular, pasando por los planteamientos contenidos en la ley general de salud así como los del plan nacional de desarrollo y los el programa sectorial de salud, mismos que desarrollan los planteamientos del peldaño anterior preparando los del siguiente hasta llegar a las acciones de gobierno.

En su conjunto, el complejo institucional permitirá explicar a través del análisis de los contenidos de cada uno de sus elementos las características de la política pública. De esta manera, si en la exposición de motivos del derecho constitucional a la protección de la salud se dice que la salud es una responsabilidad de todos y no sólo del gobierno, lo cual se complementa con la generalidad de su planteamiento que deja para la ley la reglamentación en cuanto a las modalidades de acceso, ello permite que legalmente el seguro popular cobre por los servicios que presta.

Asimismo, la inclusión de los empresarios como parte integrante del sector salud formalizada por la ley general de salud, legaliza su inserción para la prestación de servicios con fines de lucro, planteamientos éstos desde los que se pudo entender que por lo menos dentro de este cuerpo normativo la gratuidad es una excepción y no una regla.

En cuanto al plan y el programa respectivos, su análisis conduce a las pautas que seguirá la política pública. En el caso que se investigó, la adopción del planteamiento de la OMS respecto de la protección financiera y la calidad como elementos centrales de los sistemas de salud, así como la pretensión discursiva de democratizar la salud en el sentido limitado de la elección del médico por parte del usuario, son lineamientos que perfilan el siguiente punto de análisis relativo a las características del seguro popular y que delinear de una manera más clara los intereses en juego mediante la explicitación de la idea más general en cuanto al planteamiento de

retracción del gobierno en la prestación directa de servicios de salud contenida en el programa sectorial de salud.

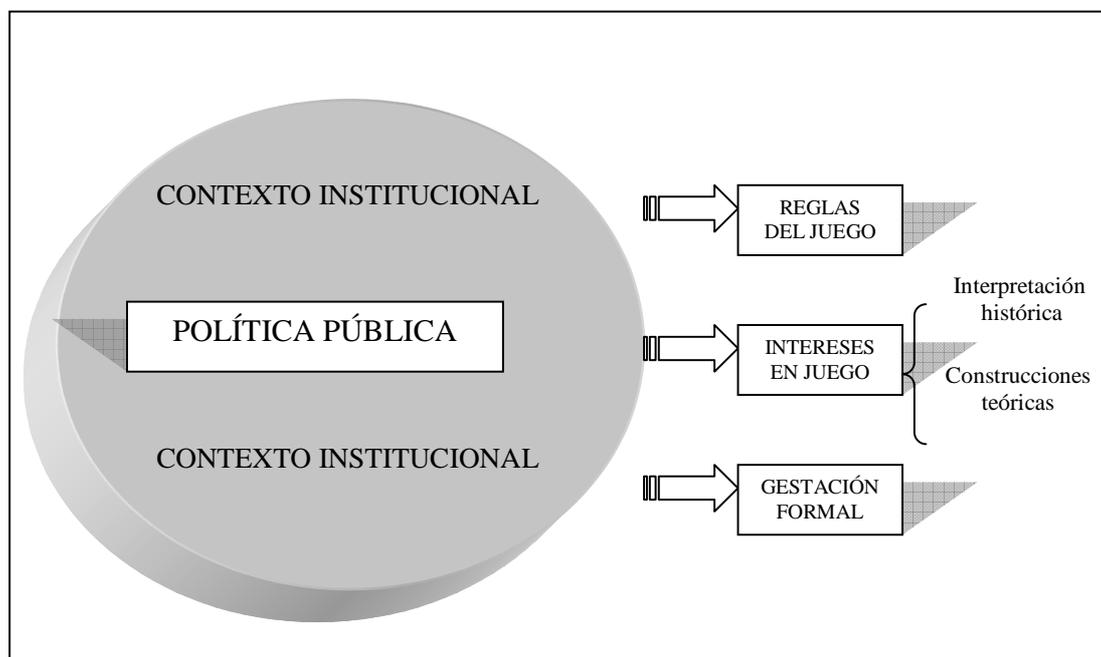
Como se puede ver, en el desarrollo de la investigación y por extensión en el esquema que se propone, cada paso se apoya en los anteriores y prepara la indagación de los subsiguientes. Para fines del bosquejo analítico, la inclusión del contexto institucional permitirá esclarecer las reglas del juego que sustentan la política pública de corte social que se pretenda investigar además de cómo ésta última a su vez da sustento a la permanencia o posible cambio de tales reglas.

Pero debido a que las instituciones sirven de hecho como argumentos para la justificación de la política pública, hay que ponderarlas cuidadosamente desde el plano analítico sólo como un elemento en la indagación de la misma; para ello se cuenta con el bagaje histórico y teórico desarrollados respectivamente en los dos puntos anteriores, mismos que permiten evitar la petrificación del estudio con la explicación de la política pública exclusivamente desde los duros márgenes de la ley.

Así pues, el conjunto de reglas del juego que se desprenden del análisis del contexto institucional permitirá entender la gestación de la política pública y, mediado por los elementos tanto histórico como teórico del propio esquema, posibilitará la identificación de los intereses centrales involucrados en el juego.

Gráficamente, este momento se puede representar de la siguiente manera:

Representación gráfica No. IV
El contexto institucional y la gestación de la política pública



Fuente: Elaboración propia

Como se puede ver, si el contexto institucional explica la gestación formal de la política pública, ello no ha de ser un obstáculo para que se identifiquen, además de las reglas del juego, los intereses que les subyacen, pues son éstos los que intentan materializarse en algún grado precisamente a través de la política pública.

7.2.4 La política pública. Análisis crítico de sus características, su significado, argumentación y evolución

A partir de la gestación formal de la política pública, esto es, una vez que comienza a operar en la realidad a través de acciones organizadas que

se orientan a la consecución de sus objetivos, es posible identificar la evolución de la misma entendida como su adaptación a las condiciones fácticas que intenta encauzar, además de que se pueden ubicar sus características más concretas, esas que la definen y la hacen ser.

Algunas investigaciones se detienen en este punto y desde ahí sacan sus resultados, lo cual es perfectamente válido pues en todo caso ello depende de la construcción del objeto de estudio que se haya efectuado.

En el caso particular desarrollado, mediante este elemento se pudo indagar con mayor detalle el hecho que se vislumbró anteriormente con el análisis histórico y que marca el desenvolvimiento de un punto toral de toda la investigación: la ubicación del seguro popular como parte integrante de la reforma del sistema de salud mexicano en su vertiente de atención institucional a la población sin derecho a la seguridad social.

El papel de la política pública en este contexto es el de un potenciador de la reforma orientada hacia la apertura y una mayor participación de los empresarios en la administración de fondos así como en la prestación de servicios, línea ésta que determina las características del seguro popular como son la pretensión de arraigar la cultura de prepago, y, por lo que hace a su proyección en el sistema de protección social en salud, la construcción de redes de unidades médicas con participación de la iniciativa privada más la introducción de criterios gerenciales de las empresas particulares en la gestión de las unidades de atención médica.

Pero tal ubicación no surgió por la simple enumeración de sus particularidades, sino por su reconocimiento y su exploración, las cuales fueron posibles gracias al examen de sus características a partir de los elementos que a su vez se desarrollaron con los tres momentos analíticos precedentes.

Así, gracias a éstos últimos se pudo identificar la propuesta de reforma al sistema de salud que desarrolló teóricamente en 1994 Julio Frenk junto con un grupo de investigadores desde FUNSALUD, que a la postre era dirigido por el impulsor en 1982 del derecho constitucional a la protección de la salud y de la formalización de la participación de las empresas privadas en el sector salud dentro de la LGS, con lo que se perfilan los actores cuyas actuaciones se analizarán con posterioridad.

De igual manera, se observó que las críticas que puntualmente se hicieron desde la academia y desde otros ámbitos de la gestión gubernamental al seguro popular, además de las evidencias que respecto de sus limitaciones emergieron con su implementación inicial, llevaron a su reestructuración y ampliación con su subsiguiente formalización a través del sistema de protección social en salud, pero siempre dentro de los márgenes ya planteados explícitamente desde 1994.

Asimismo, en esta etapa se evidenció que las consideraciones electorales también jugaron un papel en la evolución e implementación del seguro popular, lo que permite vislumbrar la ubicación de la política pública en la lucha por el poder, la que también se explora con precisión más adelante cuando se indaga sobre su implementación en el D.F.

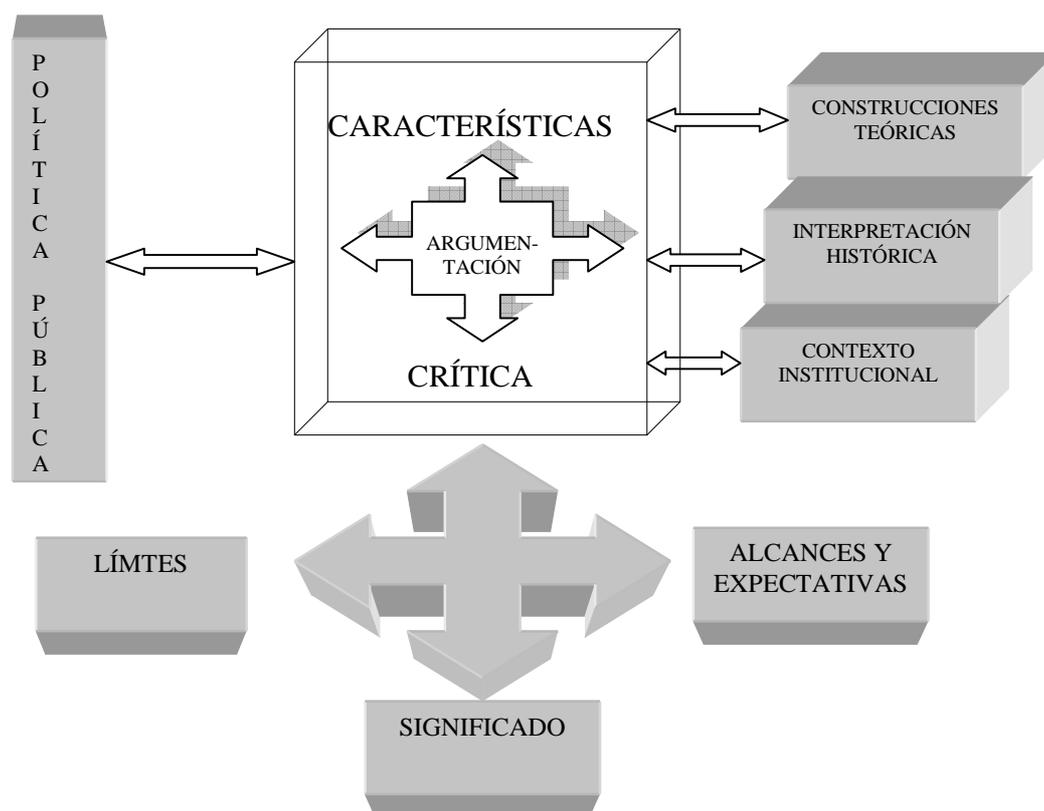
Las expectativas del seguro popular en cuanto al logro de la cobertura universal y la postergación recurrente de la meta para alcanzar tal estadio, así como los dilemas derivados de la exclusión implícita de las condiciones de salud de la población entre sus pretensiones, principalmente respecto de la manifestaciones más cotidianas que se desprenden de los niveles de pobreza y de desigualdad también fueron datos cualitativos a los que se accedió gracias al examen crítico del seguro popular a partir de los resultados que arrojó la investigación con anterioridad.

En términos del esquema para el análisis de políticas públicas de corte social, lo que se pretende con este punto es no sólo la enumeración y explicación de las características de la política pública elegida (objetivos, problema público, prestaciones, distribución de funciones y responsables de ejecución), si no sobre todo la precisión de su significado así como de sus dilemas, los alcances logrados y los potenciales además de la expectativas que tiene respecto de sus propios objetivos a partir de la crítica tanto de sus características como de su diseño y de sus pretensiones, ejercicio éste que se elabora a partir de los elementos ya desarrollados con la investigación.

Gráficamente, el planteamiento queda así:

Representación gráfica No. V

El análisis crítico de la política pública a partir de la teoría, la historia y su contexto institucional



Fuente: Elaboración propia

Así, la posición crítica frente a la política pública se construye a partir de los elementos que se exploraron con anterioridad mediante la investigación teórica, histórica e institucional, de tal manera que el análisis trascienda la enunciación de sus características y se involucre directamente con su argumentación para saber acerca tanto de su significado como de los límites a los que se enfrenta cuando opera en la realidad, además de los alcances que puede tener y sus expectativas.

7.2.5 *Los problemas estructurales que restringen el alcance de la política pública. La delimitación como estrategia analítica*

El establecimiento del significado, más la visión crítica que ofrece como resultados suyos la identificación tanto de los límites como de los alcances y expectativas de la política pública respecto de su planteamiento en relación con la realidad, es decir, con lo que en la práctica está logrando, abren el camino hacia la caracterización de un conjunto de problemas que si bien no son tratados cada uno de ellos en su unidad por la política pública, sí tienen una incidencia de carácter recíproco con la misma.

Este conjunto de problemas se ubica en la raíz de la estructura socioeconómica, cultural y política de la realidad en la que se manifiesta la política pública, de donde se desprende que los planteamientos de ésta última para alcanzar sus objetivos como un esfuerzo colectivo organizado de corte social inciden en tales obstáculos y que su omisión redundará, por lo mismo, en el alcance parcial de la política pública.

Por lo demás, habitualmente aparecen enunciados en un plano abstracto, abarcador y periférico entre los objetivos de las políticas públicas de corte social para ser mejorados, en la forma de categorías generales como son condiciones de vida, niveles de bienestar, protección social y otras semejantes.

Pero como esta serie de obstáculos tienen diversas manifestaciones que se desarrollan a su vez en múltiples direcciones (debido precisamente a su origen estructural) su identificación y su enumeración exhaustiva acarrea un esfuerzo mayor cuyos resultados quedan sujetos a la interpretación y a la relativización en cuanto a su jerarquía, lo que por otro lado depende del ángulo analítico desde el que se emprenda tal empresa.

Por ello se recomienda delimitar su enumeración para su posterior análisis; para tal efecto dos criterios pueden servir como orientadores a la hora de explorar los problemas estructurales que desde luego limitan el alcance de las políticas públicas de corte social: uno de ellos, de naturaleza teórica, se avoca a la enumeración de aquéllas condiciones prioritarias, esas que tienen un efecto en todas las demás; mientras que el segundo es de naturaleza práctica y tiene que ver con la disponibilidad de información respecto de las variables que se intenta explicar.

Cabe anotar que si con la interpretación histórica fue posible identificar los problemas del sector y de la política implementada en ese ámbito, los mismos, aunque tienen relación o son idénticos a los que se examinan en este punto, no se analizan sino hasta este momento en el que la preocupación se centra en cómo se oponen a las pretensiones de la política pública.

Asimismo, hay que hacer la precisión de que si bien la política pública tiene entre sus características la identificación, la elaboración y el tratamiento de un problema público más restringido, ello no quiere decir que desde el análisis de la realidad se deba omitir el abordaje de los problemas más generales que también, como ya se dijo, aparecen contemplados entre los objetivos de la política pública, pues en todo caso cabe la pregunta acerca tanto de la utilidad como de la efectividad del tratamiento del problema público propio de la política pública respecto de las causas de los problemas más patentes que afectan a la comunidad.

Junto con la delimitación de las condiciones que confinan las políticas públicas de corte social, en este punto se circunscribe la porción geográfica en la que ellas se manifiestan y cómo lo hacen. Así, además de los problemas de carácter estructural presentes, se identificarán las vertientes de realidad relacionadas con la temática de la política pública sujeta a

análisis, como son la existencia de otras políticas públicas orientadas a la consecución de los mismos objetivos que la que se analiza, así como los procesos políticos más amplios que les dan origen y cabida.

En el caso del seguro popular la identificación de los problemas estructurales que en la realidad operan en contrasentido suyo condujo al estudio de las condiciones de salud, mientras que la delimitación estratégica de éstas últimas orientó el análisis hacia variables como el ingreso que al representar un recurso con el que se puede acceder a otros satisfactores tiene una incidencia clara en los niveles de salud.

Misma situación que se verifica con otro condicionante como es la educación, pues el acceso a la misma, además de modelar comportamientos más saludables emplaza al individuo a participar más y mejor tanto en la discusión como en el cuestionamiento de los asuntos públicos relacionados con la salud así como en la política sanitaria; otro más es el empleo como puerta de acceso a servicios de salud, determinante por lo mismo aunque sólo en algún grado de los niveles de salud.

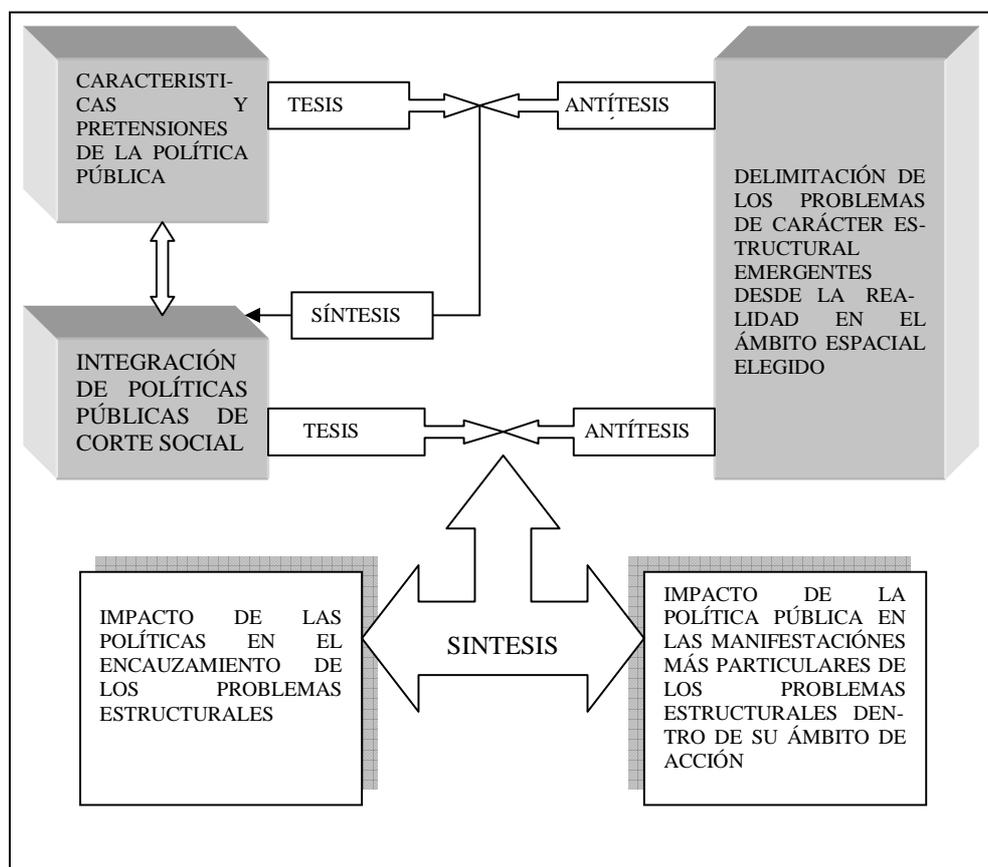
Por la delimitación geográfica establecida desde la construcción del objeto de estudio, todas estas manifestaciones se analizaron en sus expresiones particulares dentro del ámbito del D.F., con lo que se pudo identificar la presencia de una política pública con planteamientos opuestos a los del seguro popular, explicada ésta última en buena medida por la existencia de autoridades en el ámbito local con una orientación política e ideológica distintas a las del nivel federal, todo ello dentro del marco de un proceso de reforma política verificado en la entidad que tuvo consecuencias sobre la orientación de la política sanitaria en la capital, pero más aún, sobre su existencia misma.

Como se puede ver, en este momento analítico se asoman las singularidades del caso elegido pues, por ejemplo y para fines del esquema que se propone para analizar otras políticas públicas de corte social, podría no existir otra política pública desenvuelta en el ámbito local o inclusive se puede pensar en la pretensión de aplicar el esquema en el nivel federal o regional y no en el de una entidad, ámbitos en los que probablemente tanto las dimensiones como las manifestaciones de los problemas estructurales varíen, sin que por su naturaleza dejen de estar presentes.

De esta manera, con las precisiones apuntadas la representación gráfica del planteamiento respecto de este elemento del esquema se establece como sigue:

Representación gráfica No. VI

La política pública y la integración de políticas frente a los problemas de carácter estructural



Fuente: Elaboración propia

Frente a tal planteamiento surge inmediatamente el cuestionamiento respecto de la no inclusión de la temática relativa al impacto de la política pública en los problemas estructurales que en el caso del seguro popular se identificaron mediante la categoría condiciones de salud, así como el de su integración con otras políticas.

No se trata de una omisión, si no que obedece a dos razones muy simples: la principal es la extensión del contenido en cuanto al número de

hojas que implicó el tratamiento de las condiciones de salud, de tal manera que por estrictas razones de espacio así como de presentación la síntesis aludida y planteada para el esquema desde este momento, se desarrolló para el caso de la investigación en el siguiente capítulo.

La segunda justificación, más discutible aún, tiene que ver con la manifestación fáctica en el plano cronológico de la política pública y la singularidad del caso en cuanto a la implementación del seguro popular en el D.F.

El razonamiento en este sentido apunta a que si bien la división tan tajante que se hace de los elementos del proceso de políticas (construcción del problema público, gestación, diseño, implementación y evaluación) se hace para fines explicativos pues en la realidad tienden a manifestarse traslapadamente; solamente después de la implementación de la política pública, que en el caso estudiado fue problemática, se puede saber sobre los impactos potenciales que puede tener sobre las condiciones de salud, pues de no haberse implementado más bien cabría la disertación a cerca de los impactos que hubiera podido tener sobre las mismas.

Hechas las precisiones relativas a la relación que guarda la investigación desarrollada con la propuesta del esquema que a partir de la misma se elabora, se puede pasar al siguiente punto, pues en lo sustancial ya se asentó que el esquema contendrá, además del contraste entre la política pública y los problemas de fondo de la estructura social en la que se manifiesta aquélla (lo que implica la identificación precisa de éstos últimos), el resultado de tal discrepancia o los grados de concordancia que pudieran tener, lo cual se puede lograr si se investiga sobre la combinación de la política pública objeto del análisis con las demás medidas que en la misma dirección se hayan implementado para tal efecto a través del desarrollo del concepto integración de políticas.

7.2.6 *La implementación de la política pública. El peso de los actores en el proceso*

Si durante el desarrollo de este punto dentro de la investigación se expresaron con mayor especificidad que en las unidades anteriores las singularidades del caso, para la inclusión de la línea analítica que tiene que ver con la implementación de la política pública en el cuerpo del esquema que se propone resulta necesario hacer un esfuerzo importante de generalización para tal cometido.

Al respecto lo que se propone en un primer momento es indagar a partir del contexto institucional tanto de la política pública como de la realidad política que se estudie así como en las características propias de la política pública, el marco institucional más específico con el que se propone implementarla en ese espacio territorial previamente delimitado y analizado.

En el caso del seguro popular en el D.F., a través de este ejercicio se cotejó la existencia de una política pública diversa y contrapuesta que sirvió como justificación por parte de las autoridades locales para negarse y retrasar su implementación en el ámbito local. Asimismo, se pudo ver que es la generalidad del planteamiento constitucional relativo al derecho a la protección a la salud, es decir de la institución primigenia desde la cual se construye y desarrolla el contexto institucional, la que posibilitó la existencia paralela de las dos políticas públicas sanitarias.

Así, una vez que se identifiquen además de los mecanismos formales con los que se pretende implementar la política pública, las instituciones y las políticas públicas con las que coexistirá ya implementada, las cuales tienen que ver directamente con la consecución de sus objetivos bien sea que se coordinen o se excluyan, se pasa al segundo punto de la línea

temática relativo a las acciones de los actores durante el proceso de su implementación.

Si mediante el estudio de caso se encontraron dos visiones ideológicas y de gobierno contrapuestas que se proyectaron tanto hacia la justificación como a la argumentación de sus respectivas políticas sanitarias, la posibilidad real de que las autoridades locales, sustentadas en buena medida en su gestión gubernamental, disputaran y accedieran mediante la elección (en ese entonces cercana) al poder ejecutivo federal en un sistema presidencialista, instaló de plano y directamente la implementación del seguro popular en el D.F. en la lucha por el poder.

Pero hay que resaltar que el grado en que la implementación del seguro popular en el D.F. quedó enmarcada y determinada por la lucha por el poder se explica por la singularidad del caso, lo cual quiere decir que difícilmente éste hecho se manifieste con tal magnitud en las políticas públicas que pudieran analizarse con la utilización del esquema propuesto.

Sin embargo, ello no significa que se deba obviar el tema de la disputa por el poder en el análisis de las políticas públicas de corte social, pues en los hechos tales herramientas de gestión gubernamental son utilizadas para legitimar y justificar un gobierno que de manera normal buscará la continuidad de sus propuestas, y para ello el acceso al poder de políticos con afinidad tanto ideológica como política respecto de los gobernantes en turno.

Desde luego que si en el plano analítico se justifica la observación de un hecho tal y como es, ello no da pie a la justificación del hecho mismo pero sí orienta el análisis hacia su explicación razonada. De seguir esta línea se evidenciará la dimensión política de la política pública a través del

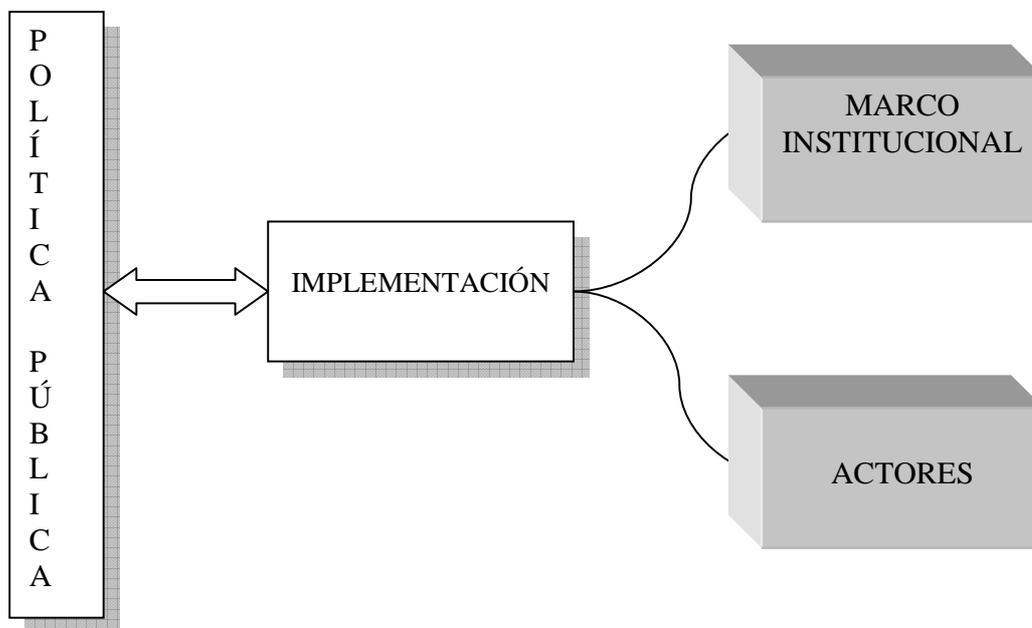
esclarecimiento e interpretación de las acciones emprendidas por los actores a la hora de su implementación.

Nótese que para los fines del esquema se habla de actores, así, en general, pues si en el caso estudiado fue obra de políticos y científicos en funciones políticas, el origen y las definiciones posibles de las políticas públicas condujeron hacia la indagación respecto del peso de las organizaciones sociales en el accidentado proceso de implementación, así como al tema de las omisiones y las ausencias.

Así pues, para fines de la construcción del esquema se propone que en este momento analítico se precise el marco institucional más particular con el que se emprende la implementación de la política pública, así como los actores que a través de sus acciones tienen un peso específico variable para tal efecto, lo cual conducirá eventualmente en el caso mexicano al esclarecimiento del papel que la política pública analizada puede jugar en la lucha por el poder. Gráficamente ello se representa así:

Representación gráfica No. VII

La implementación de la política pública. El marco institucional y los actores en el proceso



Fuente: Elaboración propia

De esta manera, con la identificación de los elementos desarrollados en el presente apartado y sus respectivas precisiones que extienden su presencia hasta el siguiente punto, se está en posibilidad de elaborar el bosquejo que se propone.

7.3 El esquema para el análisis. Trazos para el estudio casuístico de las políticas públicas de corte social

Con la integración de las líneas analíticas que se siguieron en el trabajo de investigación para analizar el caso del seguro popular en el D.F., y su enunciación en términos genéricos con la finalidad explícita de que quepan dentro de un esquema las características diferenciadas de las políticas públicas de corte social en cada caso que se presenten, se puede trazar el tan mencionado esquema.

Pero todavía pueden hacerse dos precisiones respecto de su aplicabilidad y exhaustividad. En este sentido hay que reparar en el hecho de que el esquema incluye, debido a que pretende ser exhaustivo, la evaluación de la política pública, etapa que no se abordó ni se desarrolló en un capítulo aparte dentro de la investigación, aunque sí se establecieron en diversos momentos de la misma líneas temáticas que se aproximan a esta etapa tales como las características y los alcances de la política pública en el capítulo cuarto o los problemas estructurales junto con las manifestaciones que de los mismos afronta la política pública en unión con las demás políticas públicas de corte social, asunto éste último que se abordó en los dos siguientes capítulos.

Así, como se anunció en su oportunidad, la posible aplicación (parcial o cabal) del esquema a otros casos dependerá de la construcción del objeto de estudio, además de que también tiene que ver con el ángulo o disciplina desde la que se aborde el análisis de las políticas públicas de corte social.

Por ejemplo, si en la investigación desarrollada no se profundizó en la evaluación, puede pensarse en un trabajo que tenga por objeto central hacer tal ejercicio, caso éste último en el que se pueden abreviar las

primeras tres etapas del esquema relativas a la teoría, la historia además de las instituciones en un sólo apartado para de ahí pasar a enunciar y analizar las características de la política pública, elementos con los que posteriormente se puede realizar su evaluación puntual.

Pero incluso es posible pensar en que se analice desde la óptica de una disciplina distinta a la de la ciencia política y la administración pública, en este caso quizá la disquisición relativa a las construcciones teóricas que explican la política pública y los contenidos de ésta no tenga mayor relevancia. Un ejemplo más en este sentido lo puede dar el análisis de la política pública desde el ámbito del derecho, donde el marco legal (ubicado aquí dentro del contexto institucional) adquirirá un papel central en detrimento de las otras etapas o sólo de algunas de ellas y en diferentes grados para cada una de las mismas.

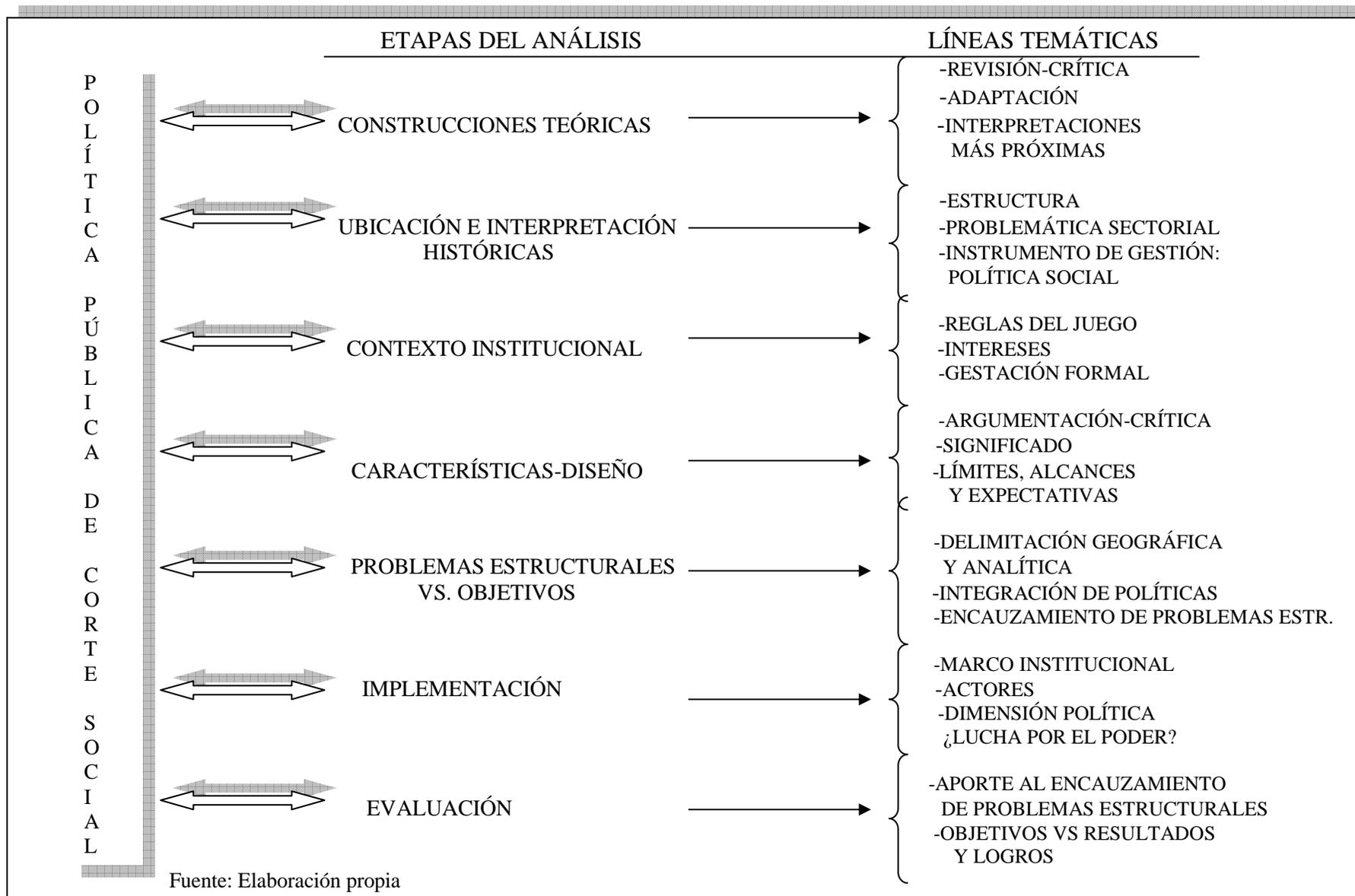
En síntesis, el esquema que se propone a continuación debe entenderse y ubicarse como un bosquejo cuyos trazos pueden ser útiles en la aproximación al análisis riguroso de la políticas públicas de corte social, pero ello no quiere decir que deba seguirse al pie de la letra pues las etapas que en su momento requieran ser abordadas tanto como la profundidad con que se hará la exploración de cada una de ellas depende de los fines que se persiguen con la investigación, así como de la ubicación y formación previa del investigador que la efectúe.

De esta manera, si el valor del esquema se cifra en su utilidad para analizar otras políticas públicas de corte social, la discusión que pueda generar respecto de su aplicabilidad, sobre todo a partir del estudio de otros casos que pueden conducir a su negación o afirmación parciales le dotaría de vigencia plena, pues al colaborar con la formulación de instrumentos que permitan acercarse a la comprensión racional de las técnicas con las que el

gobierno afronta los problemas en la actualidad estaría rindiendo un fruto por ese sólo hecho.

El esquema propuesto adquiere su significado como un instrumento de investigación orientado al análisis de una realidad muy concreta, pero importante desde la perspectiva de la gestión gubernamental de los asuntos públicos. Pretende ser pues, un útil sujeto a discusión. Nada más, pero nada menos.

Cuadro No. 8 Esquema integrado para el análisis de políticas públicas de corte social



Como se puede ver, las líneas temáticas que se pueden utilizar a la hora de analizar una política pública de corte social están interrelacionadas. El hecho de que en el plano analítico no exista una división tan tajante entre los temas que permiten describir, indagar y explicar las características además de los cómo, los por qué y los para qué del objeto de estudio previamente delimitado, obedece en buena medida a la relación que guardan la realidad, tal y como ella se desenvuelve y la política pública como expresión suya.

Si con base en la investigación que concluye se puede decir que la suerte de la política pública está determinada por las condiciones políticas que de una manera objetiva privan en un espacio y tiempo determinados, condiciones que a su vez brotan y se pueden explicar a partir de su contexto más general; éste férreo dato no permite soslayar otro que posibilita dimensionar el alcance de las políticas públicas, el cual se trasluce a partir de su naturaleza instrumental. Y es que tales herramientas de gestión gubernamental encauzan aquella realidad en direcciones diversas, bien sea a través de sus acciones resultantes o por las omisiones que de manera expresa y aún calculadamente contienen.

Pero en la relación dinámica que describen realidad y política pública, todavía resulta factible cuestionarse pertinentemente sobre el alcance que puede tener el elemento central de esta investigación: el análisis, pues a final de cuentas él mismo se interpuso como un medio para conectar después los dos extremos de dicha relación.

7.4 *El sinuoso camino de regreso a la realidad. Sugerencias fincadas desde el análisis para mejorar la política pública objeto de estudio*

El análisis del seguro popular como política pública desarrollado durante la investigación tuvo como uno de sus objetos llegar a una propuesta, con la que a su vez se pretende elaborar una herramienta accesible que permita un acercamiento más asertivo y acertado al análisis de las políticas públicas de corte social, de tal manera que se mejore con ello ese ejercicio de estudio e investigación.

En otros términos, el conocimiento del caso permite establecer, así sea en líneas muy generales, proposiciones que desde el particular punto de vista de quien las hace pueden ayudar a que la dinámica establecida independientemente del observador entre la realidad y la política pública redunde en mejores frutos desde la perspectiva del logro de los objetivos de la segunda.

De esta manera, si en el presente caso el análisis tiene como finalidad central ayudar a mejorar el análisis mismo a través de una herramienta, la comprensión del caso adquirida durante el trayecto funciona como una invitación hacia la reflexión de cómo mejorar el encauzamiento de la realidad desde la política pública.

Más que una justificación de la intromisión en el ámbito decisorio de la política cuyas particularidades quizá no se conocen a cabalidad por no vivirlas en su cotidianidad sino sólo desde la esfera del análisis de políticas, lo que se pretende con estas líneas es llamar la atención de quienes hacen y harán los análisis sobre la necesidad que tienen las políticas públicas de que se las piense desde lo colectivo a través tanto de su argumentación como de su refutación con la finalidad de mejorarlas en la práctica.

Si para construir las conjeturas de este trabajo se partió de la observación de la práctica, luego de que se obtengan algunos resultados mediante la indagación y la especulación intelectual hay que pensar en cuáles consideraciones se pueden extrapolar a la práctica con el fin de mejorarla.

Desde luego que las proposiciones así elaboradas tendrán una carga de subjetividad. Pero como no son las únicas existentes y debido a que entre los rasgos distintivos de la política pública se pretende su construcción colectiva mediante la participación de diversos grupos humanos, con la consiguiente inclusión traslapada de sus intereses a través de propuestas mediante las cuales se contrastarán necesariamente las elaboradas desde el ámbito académico, esa subjetividad no es abrumadora; además de que se tratará de una parcialidad razonada a la que se llega mediante el esfuerzo que implicó el análisis previo.

Asimismo cabe la consideración de que las proposiciones para la práctica que como la presente son elaboradas desde el ámbito académico, en el caso de que eventualmente sean consideradas para tal efecto deberán pasar por el tamiz de su viabilidad, su oportunidad y su pertinencia, considerando estas tres variables desde el ángulo de la realidad política que se verifique al momento de su ponderación.

Las puntualizaciones elaboradas, a las que se suma el carácter genérico de las proposiciones que a continuación se enuncian, limitan en su conjunto y de manera severa su alcance, sin embargo ayudan a apartarlas de las meras elucubraciones. No se trata pues, de prescripciones y ni siquiera de enunciados basados en la evidencia científica, sino que pretenden ser apenas un conjunto de sugerencias elaboradas a partir de un esfuerzo analítico para mejorar el seguro popular como una política pública vigente en particular y también, en lo aplicable, la política sanitaria en general.

En este contexto, no se puede soslayar el hecho de que para ver la luz, tales sugerencias deben recorrer un camino que corre en un lugar distinto a la presente investigación. Para su mejor comprensión cada una de ellas viene precedida de los temas que las abarcan:

Política sanitaria de Estado. Si las características de una política de tal envergadura implican su discusión por parte los actores involucrados con su posterior y puntual inclusión edificada en los compromisos que los mismos adquirieron previamente en la etapa deliberativa, más la permanencia de la política articulada mediante un esfuerzo intencionado que orienta las acciones gubernamentales y colectivas, lo recomendable en este punto es no partir de cero sino aprovechar los trayectos del camino ya construidos.

Así pues, si desde 1982 comenzó el esfuerzo gubernamental para incluir a las empresas privadas en la gestión del asunto público relacionado con la atención institucional de la salud, queda pendiente todavía la consideración de otros dos actores clave: los médicos y los derechohabientes o población abierta en su caso.

Asimismo, si a partir de aquél año la permanencia de la política sanitaria presentó oscilaciones que postergaron la reforma del sistema de salud, el estudio de los problemas y las resistencias presenciadas durante el largo proceso de descentralización pueden arrojar luz sobre el alcance de la reforma así como respecto de los puntos pendientes en cuanto a la construcción de sistemas de salud locales vigorosos, con fuentes de financiamiento aceptables pero sobre todo con capacidades de gestión para atender perfiles sanitarios y epidemiológicos diferenciados.

Dentro de esta perspectiva se requiere como presupuesto el fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil con el objeto de que sean capaces de representar a la población como un interlocutor del gobierno

y de los empresarios, cuidando que en tal proceso no se mantengan al margen de la toma de decisiones y que sus planteamientos no queden mediatizados por los esquemas formales que actualmente privan al respecto en la gestión gubernamental. No se trata pues, de echar abajo todo el proceso, sino de corregir el rumbo para extenderse hacia la mejoría real y aceptable de los niveles de salud trascendiendo así las declaraciones grandilocuentes establecidas en la lucha electoral.

Inclusión en la agenda pública sanitaria del tema condiciones de salud. Una vez que con el seguro popular y con otras políticas públicas sanitarias se avance en la cobertura de la población, se podrán ponderar de mejor manera desde el ángulo de la política y de las políticas públicas las temáticas que tienen que ver tanto con los recursos como con los estilos de vida que la población requiere para alcanzar y mantener mayores niveles de salud, pues la atención institucional de las enfermedades se erige como uno sólo de tales recursos. Un argumento que puede servir para tal cometido es la ubicación de la salud como factor de desarrollo, no sólo como procurador del crecimiento económico.

En este punto destaca el hecho de que si se quiere mejorar las condiciones de salud, resulta necesario trascender el ámbito de su discusión que en el mejor de los casos se desarrolla actualmente en la academia, para trasladarlo y hacerlo permanecer en la agenda pública, lo cual puede implicar la toma de una posición política respecto del tema de la salud como un asunto público, de ahí que se justifiquen como presupuestos suyos el fortalecimiento de las organizaciones y la inclusión de otros actores establecidos en el punto anterior.

Publicidad y discusión abierta de sus contenidos. Si la pretensión de la reforma del sistema de salud mexicano y la del seguro popular como parte integrante de la misma, es abrir la atención institucional de la salud además

del manejo de los fondos públicos para convertirlos en una oportunidad de negocio ¿Por qué no plantearlo abiertamente para discutirlo razonadamente, con argumentos y evidencias?

Si la respuesta se encamina hacia la falta de oportunidad política de tal planteamiento, frente a los electores en un país donde la mitad de su población sobrevive en condiciones de pobreza y la posibilidad misma de que debido a tales características estructurales en el corto plazo el negocio no se concrete, resulta necesario elevar las miras hacia el mediano y el largo plazos enmarcados en una visión más integral.

De esta manera se podrían identificar las áreas en las que la intervención privada dentro de la salud es rentable, pero no sólo en términos económicos y para los fines particulares de los empresarios, sino que permitiría ponderar la rentabilidad desde los puntos de vista político y social, además del económico a largo plazo, extendiéndose así hacia los beneficios colectivos que trae una mejor situación de salud de los grupos humanos.

Ética de los servidores públicos involucrados. Además del diseño y de las características de la política pública, se requiere poner atención en la selección de los servidores públicos a quienes se encomienda la responsabilidad de implementarla y ejecutarla. Al respecto no se puede obviar el hecho de que el primer comisionado del sistema de protección social en salud, nombrado por el ejecutivo federal, fue inhabilitado para ocupar cargos públicos durante diez años debido a la comisión de manejo indebido de recursos públicos y su desvío.¹

¹ Juan Antonio Ortiz Fernández fue nombrado por Vicente Fox el primer comisionado nacional del SPSS; en marzo de 2007 se le encontró responsable tras imputación e investigación administrativa por lo que se le sancionó con multa de medio millón de pesos más su inhabilitación, sin embargo no se dio vista al Ministerio Público Federal. A Ortiz Fernández se le ubica como miembro fundador y coordinador del grupo de empresarios que apoyó económicamente a Vicente Fox en su lucha para acceder a la presidencia de la República denominado “Los amigos de Fox”; antes de ser designado para dirigir al seguro popular ocupó el cargo de director del programa gubernamental Procampo.

En este punto hay que llamar la atención sobre el hecho de que los cargos públicos no pueden ser vistos como un botín en beneficio de quienes invirtieron para que determinadas personas llegaran al poder, pues ello acarrea problemas que trascienden la buena ejecución de las políticas públicas e instauran un círculo vicioso que se traduce en corrupción e impunidad, con lo que se instala en la función gubernamental la reproducción de la injusticia, alejándola de sus fines esenciales.

Consideración de las diferentes especificidades sanitarias locales. Con el diseño centralizado y estandarizado de una política sanitaria federal se puede soslayar el tratamiento de diversas problemáticas específicas que limitan los niveles de salud de determinados grupos humanos, de tal manera que quienes las padecen quedan al margen total o parcialmente de los beneficios de la política pública.

Así por ejemplo, los grupos urbanos y rurales no comparten puntualmente el mismo perfil de morbilidad ni el de mortalidad, además, dentro de ellos se forman subgrupos cuyos perfiles quedan determinados por sus respectivos niveles de ingresos, educación, acceso a servicios de salud o hábitat, lo que representa también variaciones en cuanto a los índices de incidencia respecto de las causas de muerte y de las enfermedades que padecen.

De esta manera, si la política pública sanitaria pretende elevar los niveles de salud de toda esa población así diferenciable debido a las causas por las que enferma y muere, tendrá frente a sí el reto, primero, de encontrar las manifestaciones de la morbilidad y la mortalidad que se presentan indistintamente en toda la población, para luego analizar las que aquejan tan sólo a diferentes grupos humanos, de tal manera que se ubique en la posibilidad de encauzarlas a través de un paquete de intervenciones que tenga impacto en el mayor número de ellas, al mismo tiempo que con las

acciones emprendidas abra un espacio para incluir servicios que permitan dar tratamiento, en el lugar mismo en que se presentan, a las problemáticas sanitarias más localizadas geográficamente.

Coherencia con las mediciones sobre la pobreza. Si bien la factibilidad de la política pública, tanto como el sistema y el conjunto de ideas e interés del cual forma parte delimitan de entrada su alcance en cuanto a las prestaciones que ofrece y respecto de la población beneficiada, ello no justifica la separación tajante de los planteamientos de la política pública sanitaria respecto de la realidad a la que pretende encauzar.

En este sentido, la sugerencia se orienta a tomar en cuenta que de acuerdo con las mediciones de la pobreza en el país, por lo menos el 50% de su población las padecen y por esa razón se ven imposibilitados de pagar por servicios de salud, a menos que lo hagan a costa del deterioro de sus precarias condiciones de vida y de salud. La consecuencia lógica de tal observación conduce al planteamiento de extender la exención de cuotas hasta los cinco deciles más bajos del ingreso, lo que permitiría de una manera más patente afrontar el problema público del seguro popular: la desprotección financiera.

Un esfuerzo decidido por ampliar la infraestructura médica, acorde al planteamiento de cobertura universal. Este punto se explica por sí mismo, pues difícilmente se puede brindar atención a la totalidad de la población si no se cuenta previamente con los recursos suficientes y necesarios para hacerlo. Pero todavía más: se puede pensar en una alta inscripción al seguro popular sin el sustento necesario en infraestructura, lo cual redundaría en saturación además de mala calidad en la atención; hechos éstos últimos que sirven como argumentos utilizados sin matices para justificar el traspaso a manos privadas de tareas públicas en el campo de la salud.

Mayor contundencia en la prevención. Para mejorar el impacto de la actividad previsoras como una de las estrategias más importantes y que más beneficios reportan para los niveles de salud de la población, resulta necesario articular las acciones en este rubro con estrategias masivas de difusión, así como con la ampliación del ámbito de acción de la educación para la salud junto con acciones más decididas tendientes a evitar las conductas riesgosas que conducen a la enfermedad y la muerte en altos grados.

Construcción de indicadores más robustos para establecer tanto las prioridades en salud como las prestaciones contempladas. Queda pendiente también la elaboración de unidades analíticas que trasciendan las ambigüedades de los que se han utilizado hasta el momento (años de vida saludable perdidos; muerte-morbilidad; multimorbilidad y años de vida potencialmente perdidos entre otros), con el objeto de establecer de una manera más cercana a la realidad tanto las prioridades en la materia como las prestaciones en salud, de tal manera que ambos incluyan los elementos suficientes y necesarios para atender dentro de la medida de lo posible las necesidades de salud de la población.

Lo anterior en un ambiente de discusión razonada y razonable dentro de los márgenes de un estadio democrático al que se pretende llegar, sin que se puedan soslayar los puntos problemáticos que ello implica respecto de la necesidad de racionalidad en las medidas y decisiones gubernamentales.

¿Buenos deseos? Tal vez porque dependen de condiciones políticas todavía no construidas, pero su falta de inclusión en la discusión respecto de las políticas sanitarias, bien sea por ignorancia o debido a una omisión calculada, puede llevar a resultados contrarios a los niveles de salud.

CONCLUSIONES

I. En la medida que se analice una realidad cuyas características son distintas a las del contexto a partir del cual se elaboran los planteamientos analíticos y teóricos tanto de las escuelas de políticas públicas como de los paradigmas que postulan sus contenidos, cabe pertinentemente su adaptación; en este caso a la realidad mexicana, pues de manera decidida será ésta última y no otra la que dichas políticas públicas intentarán encauzar, además de que de manera definitoria para sus resultados, ese entorno puede colisionarse y aún hacer estériles tales planteamientos teóricos sencillamente por que le son ajenos, por lo menos en alguna medida. La crítica de tales escuelas y paradigmas representa un punto de partida para su provechosa adecuación.

II. Atravesada necesariamente por intereses de corte político y económico, la política de salud en el país está determinada en cuanto a sus contenidos y alcances por las directrices que históricamente sigue la política social, pues representa una de las partes integrantes de ésta última.

Así, en sus orígenes modernos en el país surgió con la finalidad de ayudar a establecer relaciones de tipo capitalista; luego, ante las necesidades de legitimación del naciente régimen presidencialista se le subordinó aunque no siempre en el mismo grado sino de una manera oscilante, a los esfuerzos que de manera pragmática emprendieron los gobiernos como medidas de política económica, ello desde la institucionalización de la vida social del país acaecida en los años veinte hasta principios de la década de los ochenta del siglo pasado, cuando comienza a darse un cambio de rumbo en el país en los rubros políticos, económicos y sociales.

Con estos caracteres provenientes de su desenvolvimiento histórico en el país, se asiste en la actualidad a su refuncionalización, entendiéndose por ello la sujeción (ni total ni permanente) de la política social y, por lo tanto, de la política sanitaria, a las necesidades y fines del mercado. De tal manera que las directrices que sigue son: descentralización, privatización y focalización, aunque con diversas modalidades y en diferentes grados.

III. Si bien no resulta difícil discernir el hecho de que el conjunto de instituciones o reglas del juego establecidos en un espacio y tiempo determinados preconizan los contenidos de las políticas públicas, ello, sin embargo, no debe hacer perder de vista el dato de que la política pública puede ser interpretada como una institución pues busca normar conductas colectivas y, por lo tanto, carece de neutralidad política ya que sustenta tanto los valores como los intereses del marco institucional del que se desprende y al cual busca reproducir. Por lo mismo, pero en sentido contrario, teóricamente cabe la posibilidad de transformación del marco a través de políticas públicas.

IV. En el caso del seguro popular se observa una coherencia de dicha política pública con su contexto institucional, sin embargo, en la medida que se avanza hacia el punto del que brota todo el marco (el derecho constitucional a la protección de la salud), la cohesión se erosiona si se le observa desde el ángulo de la generalidad en que está planteado el derecho a la salud, pues permite y justifica la existencia de otras políticas públicas al menos parcialmente distintas o contrapuestas al seguro popular, como el programa capitalino de servicios médicos y medicamentos gratuitos.

Esta característica previsible de un marco institucional, convertida en asidero dentro de la lucha política con motivo de la implementación del seguro popular en el D.F., posibilitan vislumbrar dos de las características distintivas de las políticas públicas construidas cuando se habló de la acción de gobernar mediante ellas en México y que se verificaron con el estudio de caso subsiguiente, según las cuales una política pública es lo que el gobierno quiere, pero también se compone de los intereses que los demás actores son capaces de colocar en la agenda pública sosteniéndolos hasta el diseño e implementación de la misma.

V. Las características particulares del seguro popular como política pública encuentran su cabal explicación solamente a partir de que se le ubique como un punto de paso en la más ambiciosa y profunda pretensión de reformar el sistema nacional de salud en su conjunto.

En este contexto más abarcador, concomitante con la refuncionalización de la política social y que tiene como uno de sus fines más acentuados conformar en el país un mercado en el que la atención institucional de la salud es no sólo un factor de desarrollo y de justicia, sino que de manera muy destacada es una oportunidad de negocio. En

este marco los rasgos distintivos del seguro popular se explican de la siguiente forma:

Con la consagración constitucional del derecho a la protección de la salud y la posterior pero inmediata formalización legal de la participación de las empresas privadas, acaecidas entre 1982 y 1984 se establecieron con claridad las reglas del juego, de tal manera que al margen de la seguridad social el gobierno quedó legitimado a la vez que compelido por las circunstancias históricas más generales, para establecer otros mecanismos de atención a la salud que como el seguro popular cobrarán anticipada y directamente una parte de los costos de los servicios a la mayor parte de sus potenciales beneficiarios (¿clientes?), exentando del mismo solamente luego de cuatro años de implementado, a los comprobadamente más pobres de entre los pobres como expresión de su enfoque focalizado.

Con el proceso de descentralización en materia de servicios de salud que se llevó a cabo entre 1985 y 1997, y el cual descargó de la obligación de prestarlos al gobierno federal, se abrió el camino para que dentro del seguro popular los gobiernos estatales se hicieran responsables de la atención a la salud para la población abierta así como de una parte de su financiamiento.

En cuanto a la privatización, ésta se ha dado hasta ahora únicamente en áreas cercanas a la atención institucional de la salud como son las reformas al IMSS (1997) y al ISSSTE (2007) que introdujeron las administradoras de fondos para el retiro con fines de lucro. Sin embargo, el proyecto de reforma, elaborado y presentado en México por los mismos hacedores del seguro popular no deja lugar a dudas, pues en el se prevé la separación de la administración de los

fondos de la prestación de los servicios de salud, con la posterior participación de empresas privadas en ambos rubros.

De esta manera, el seguro popular parte de los pasos previos acaecidos con motivo de la reforma del sistema de salud y prepara los subsiguientes, ya que si se quiere abrir su administración a la iniciativa privada primero se debe estructurar ese fondo de recursos monetarios para la salud, que de concretarse representaría por si mismo un incentivo por su cuantía potencial, lo cual en lo que respecta a la población abierta presenta alguna dificultad tanto por la cantidad de pobres que reporta como por los niveles de pobreza que padecen. Por lo demás las empresas con fines de lucro ya participan en el esquema de prestación de servicios del seguro popular. En este sentido y bajo estas directrices se puede decir que el seguro popular es muy marcadamente, aunque no en exclusiva, la reforma financiera de los servicios de salud para la población no asegurada.

VI. Desde la perspectiva del proceso de políticas, del seguro popular se pueden resaltar los siguientes puntos que representan desde luego y en alguna medida las contradicciones internas del mismo:

- a) El problema público (la desprotección financiera) fue elaborado por la OMS, lo mismo sucedió con los criterios para la fijación de prioridades respecto de los servicios de salud que se prestarían, pues los años de vida saludable perdidos (avisa) los elaboró el organismo mencionado junto con el BM, ponderando para ello de una manera muy destacada el costo de los tratamientos y el costo de no atenderlos en términos productivos.
- b) Desde el punto de vista de su diseño: los gastos catastróficos como mecanismo para identificar el punto a partir del cual se debe cobrar

por los servicios de salud no se corresponde con las definiciones y mediciones que de la pobreza efectuó un organismo público como el Coneval y el cual se utiliza regularmente por parte de otros entes gubernamentales.

- c) Asimismo, tanto la estipulación de las familias unipersonales como la exclusión de la atención de la mayoría de los padecimientos letales así como de los más costosos, junto con la pretensión central mas no total de alcanzar la cobertura universal básicamente con la infraestructura disponible, abonaron desde sus orígenes a la limitación de los alcances del seguro popular. Y si bien su reestructuración posterior en el SPSS dio respuesta a algunas de estas sus contradicciones, dicha reformulación también se quedó corta en ese sentido, pues de manera lógica fue fiel al planteamiento original de reforma del SNS de 1994, bajo los parámetros descritos en el punto a).

VII. En materia de política pública sanitaria así como de la salud entendida a manera de asunto público, las condiciones sanitarias aparecen como los puntos neurales tanto desde el punto de vista teórico como dentro de una perspectiva eminentemente práctica, pues si se pretende mejorar los niveles de salud su tratamiento resulta ineludible.

En el terreno analítico su estudio y posterior profundización y refinamiento permiten identificar tanto las causas como las relaciones subyacentes en los proceso de salud-enfermedad; mientras que en el plano práctico su encauzamiento, desdén o postergación incidirán de manera puntual en el bienestar del ser humano así como en su desenvolvimiento dentro de los distintos roles sociales que desempeña. De ahí la recomendación de colocar y mantener las condiciones de salud

en la agenda pública para su posterior tratamiento vía políticas públicas, sin olvidar que la relación desenvuelta entre las condiciones de salud y la política pública sanitaria es dialéctica, y que ésta última se compone no sólo de acciones sino también de omisiones frente a un conjunto de intereses contrapuestos y de cara a la necesidad de fijar prioridades.

VIII. Sin embargo, como dichas condiciones de salud van a las causas de los dos polos que componen el proceso salud-enfermedad, así como a la ubicación del individuo y de las colectividades en medio de estos dos extremos, dichas condiciones se ubican en la estructura misma de la sociedad, de tal manera que tradicionalmente (vale decir históricamente) la política sanitaria ha actuado de manera muy tenue sobre ellas, justificándose entonces su tratamiento por parte de la política sanitaria en la actualidad a través de su integración con la política social.

Además, los intereses tanto como las necesidades son mucho más que dos. Y los recursos escasos, no sólo por su cuantía o por su disponibilidad ni únicamente debido a la necesidad de limitar prudentemente las expectativas sociales, sino también por las prioridades fijadas de antemano a la hora de que los decisores se adscriben a una perspectiva general y crean o perciben la atmósfera para que sus decisiones fluyan.

IX. Es con estos parámetros con los que se recomienda ubicar en su justa dimensión la pretensión más cara no sólo del seguro popular, sino del sistema de salud nacional desde el siglo pasado: la cobertura universal. Es previsible que ésta no se alcance únicamente con el seguro popular debido tanto a razones históricas como en virtud de las contradicciones internas de la política pública en cuestión.

Entre las primeras destacan que la mitad de la población está cubierta actualmente por la seguridad social, asimismo despunta el hecho de que es con infraestructura de éste ramal, sobre todo la del IMSS, con la que de manera más decidida se brindan los servicios de salud también para el seguro popular; en este sentido también hay que considerar la existencia de múltiples programas orientados hacia el mismo objetivo como el IMSS-Oportunidades con una larga historia o el PSMYMG-DF, en ambos casos con una cobertura considerable.

Mientras que entre las razones que dependen más directamente de la propias características del seguro popular están la percepción de su calidad por parte de los usuarios frente a su pretensión de llegar a los estratos más altos, junto con su planteamiento de cobrar desde el tercer decil del ingreso, además de los mecanismos anuales de reafiliación voluntaria en un contexto de pobreza y de crisis económica.

Regresando al dimensionamiento de la cobertura universal como factor para lograr y mantener mayores niveles de salud, hay que decir que su ubicación exacta es como una sola de las condiciones de salud en la forma del acceso a los servicios de salud, aunque tiene múltiples puntos de interconexión con los demás condicionantes sanitarios (el empleo y su calidad, el ingreso, la educación, etcétera); además de que las barreras que impiden el acceso a tales servicios de salud no son sólo económicas (sobre los que de manera central intenta actuar el seguro popular pero no sin contradicciones, puesto que cobra por sus servicios al treinta por ciento de los pobres), sino que obedecen también a aspectos culturales, geográficos o de género por ejemplo.

X. En términos de condiciones de salud, el Distrito Federal aparece en la mayor parte de ellas como la mejor posicionada si se le compara con las treinta y un entidades que componen el país (entre las excepciones

que discutiblemente se pueden mencionar están remuneración, contaminación, ocupación del espacio, densidad poblacional, ruido y “estrés”). Sin embargo, luego de analizar las condiciones de salud en ese espacio local se encuentra que en todas y cada una de ellas existen deficiencias muy marcadas que afectan desde luego los niveles de salud de la población capitalina.

XI. Frente a las condiciones de salud en la capital resultan muy limitadas las acciones tanto del seguro popular por sí mismo, así como las desprendidas de su integración con las demás políticas públicas de corte social. No obstante lo anterior y por lo que hace al seguro popular, ese alcance limitado sí representa un avance respecto de la situación anterior en materia de atención institucional en salud en cuanto al número de intervenciones por lo que respecta exclusivamente a los capitalinos más pobres frente a los padecimientos que en un mayor número de casos se presentan entre ellos como son los respiratorios. No sucede lo mismo con los padecimientos letales y con los más costosos que por lo mismo también afectan más a los grupos menos pudientes.

XII. Son las etapas tanto como las condiciones mismas del proceso de reforma política en el Distrito Federal y no sólo sus resultados, los que perfilaron una nueva situación en lo que a atención institucional en salud se refiere, cuyas características operarían en sentido contrario de la implementación del seguro popular en la entidad.

Así, respecto de las condiciones de dicho proceso la potencia económica relativa de la entidad más el arreglo financiero de su hacienda pública alcanzada durante la gestión del entonces DDF en el primer lustro de la década de los noventa del siglo pasado serían el sustento material de la política sanitaria propia del gobierno local. En cuanto a las etapas, se puede ver que el signo ideológico que impulsaría

tal política pública aún no correspondiendo con las implementadas en el nivel federal se desprende del avance electoral de la izquierda en la entidad a la par que la reforma política caminaba hacia adelante.

En el plano estrictamente formal uno de los resultados de la reforma fue la estructuración de autoridades que, aunque acotadas, quedaron facultadas para establecer normas, diseñar políticas e implementarlas en materia de salud y en otros tantos rubros que tienen que ver con los condicionantes sanitarios.

XIII. Si bien las diferencias ideológicas y políticas entre las autoridades federales y locales explican hasta cierto punto la negativa de éstas últimas para implementar el seguro popular en el D.F., es sobre todo la lucha por el poder en la que se enfrascaron el jefe de gobierno local y el presidente de la República la que explica tal diferendo junto con la negativa.

En este punto destaca que cada orden de gobierno siguió dentro del proceso de políticas, en este caso las de corte social, un patrón distinto de la otra en la medida que estaban sustentadas, cada una de ellas, en un diagnóstico distinto y, esto es, en una metodología para la medición de la pobreza diferente del otro.

XIV. Finalmente, basado en la investigación que se realizó se propone un esquema que pretende servir para analizar las políticas públicas de corte social. La propuesta no soslaya el hecho de que por definición y tradicionalmente el análisis de políticas públicas es casuístico; por el contrario, el bosquejo que se presenta asume tal contradicción, primero, mediante su naturaleza que se cifra en la de ser un conjunto de trazos flexibles que pueden mudar, además de que por su origen disciplinario queda abierto a la discusión.

Conclusiones

Pero también hace frente a su potencial refutación mediante dos estrategias genéricas, que son la delimitación de los casos que se pueden analizar en una primera instancia, junto con la enumeración general de las etapas que componen el esquema, las cuales variarán necesariamente según sea el objeto de estudio (la política pública que se pretenda analizar), de acuerdo también con el interés del investigador y con los planteamientos propios de la disciplina desde la que se aborde el trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta Romero, Miguel. Teoría General del Derecho Administrativo. Primer Curso [Libro tercero, capítulo II Gobierno local del Distrito Federal, pp. 650-721] México. Porrúa 14 edición, 1999.
2. Aguilar Villanueva, Luis Fernando. (estudio introductorio y edición). Colección Antologías de Política Pública. 4 tomos. México. Miguel Ángel Porrúa. 1992, 2000, 2000 y 2003.
3. Alonso, Jorge; Aguilar, Luis Armando y Lang, Richard (coordinadores). El futuro del Estado social. México, coedición Universidad de Guadalajara-Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente-Goethe Institut Guadalajara, 2002.
4. Alonso, Jorge (compilador). El nuevo Estado mexicano. T.I, México, coedición Universidad de Guadalajara- Nueva Imagen-CIESAS, 1994.
5. Álvarez Alva, Rafael. Salud pública y medicina preventiva [capítulo 16 Prevención de padecimientos de evolución prolongada, pp. 307-325]. México, editorial el manual moderno S.A. de C.V., 2ª edición, 1998.
6. Álvarez Enríquez, Lucía. Distrito Federal: Sociedad, Economía, Política y Cultura. México, coedición UNAM-CIICH, 2005.
7. Álvarez Enríquez, Lucía; Huarte Trujillo, Ma. Concepción; Sánchez-Mejorada Fernández, Cristina y San Juan Victoria, Carlos (coordinadores). ¿Una ciudad para todos? La ciudad de México, la experiencia del primer gobierno electo. México, coedición Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades-

Bibliografía

- Universidad Autónoma Metropolitana-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes-Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2002.
8. Álvarez Enríquez Lucía (coordinadora). *Participación social y democracia en la Ciudad de México*. México, coedición Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades-ediciones La Jornada, 1997.
 9. Anaya Cadena, Vicente (coordinador). *Diccionario de política, gobierno y administración pública municipal*. México, coedición Colegio Nacional de Ciencia Política y Administración Pública-Gobierno del Estado de Tlaxcala, 1997.
 10. Arellano Gault, David (coordinador). *Más allá de la reinención del gobierno: fundamentos de la nueva gestión pública y presupuesto por resultados en América Latina* [Primera parte; capítulo 1, Nueva gestión pública: ¿Dónde está lo nuevo? Bases para el debate de la reforma administrativa, pp. 5- 47 y capítulo 3 -Edgar Ramírez y Jesús Ramírez- Génesis y desarrollo del concepto de nueva gestión pública. Bases organizacionales para el replanteamiento de la acción administrativa y su impacto en la reforma del gobierno, pp. 99-152]. México, coedición Cámara de Diputados LIX Legislatura-CIDE-M.A. Porrúa. 2004.
 11. Ayala Espino, José. *Instituciones y economía. Una introducción al neoinstitucionalismo económico* [capítulo I La teoría de las instituciones, pp. 55-81]. México, edición FCE, 2000.
 12. Ayala Espino, José. *Mercado, elección pública e instituciones*. México, coedición UNAM-M.A. Porrúa, 1996.
 13. Banco Mundial. *Informe sobre desarrollo mundial 2000-2001*. Madrid, ediciones mundi-prensa, 2001.
 14. Briceño Ruiz, Alberto. *Derecho mexicano de los seguros sociales*. México, ediciones Harla, 1997.
 15. Brañes, Raúl. *Manual de derecho ambiental mexicano* [apartados I.4 "Ambiente y calidad de vida", pp. 25-28; II.28 "¿Existe entre nosotros el derecho constitucional a un medio ambiente adecuado?", pp. 102-105 y capítulo XXII La protección de la salud humana de los efectos del ambiente, pp. 625-646]. México, coedición Fundación Mexicana para la Educación Ambiental- Fondo de Cultura Económica, 2000.
 16. Brugada Molina, Clara (coordinadora). *Seguro popular: ideas para el debate*. México, edición del Grupo Parlamentario del PRD: Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, LIV Legislatura, 2003.
 17. Cabrero Mendoza, Enrique. *Acción pública y desarrollo local*. México, edición FCE, 2005.
 18. Camou, Antonio. *Los desafíos de la gobernabilidad*. [Przeworski, Adam. Una mejor democracia, una mejor economía, pp. 115-130]. México, coedición Instituto de Investigaciones Sociales

Bibliografía

- (UNAM) y Facultad Latinoamericana de Administración para el Desarrollo, 2000.
19. Campos, Julieta. ¿Qué hacemos con los pobres? México, ediciones Aguilar, 1995.
 20. Carpizo Macgregor, Jorge. Estudios Constitucionales [capítulo XI, apartado 3 "Las decisiones fundamentales", pp. 293-298]. México, edición UNAM, 1980.
 21. Chevalier, Jacques y Loschack, Daniele. La ciencia administrativa. México, coedición INAP-FCE. 1983.
 22. Cordera Campos, Rolando y otros. Las políticas sociales de México en los años noventa. México, coedición Instituto Mora-UNAM-FLACSO-Plaza y Valdés, primera edición, 1996.
 23. Cordera Campos, Rolando y Ziccardi Contigiani, Alicia (coordinadores). Las políticas sociales de México al fin de milenio: descentralización, diseño y gestión. México, coedición UNAM-Coordinación de Humanidades-Facultad de Economía (UNAM)-M.A. Porrúa, 2000.
 24. Crozier, Michel. Estado modesto, Estado moderno. México, edición FCE, 1989.
 25. Diccionario de la real academia española T. II. Madrid, edición de la Real Academia Española, 21 edición, 1992.
 26. Donahue, John. La decisión de privatizar. Buenos Aires, edición Paidós, 1991.
 27. Durand Ponte, Víctor Manuel. Ciudadanía y cultura política. México, 1993-2001. México, editorial siglo XXI, 2004.
 28. Duverger, Maurice. Instituciones políticas y derecho constitucional [Introducción, pp. 23-36]. México, editorial planeta - primera reimpresión-, 1986.
 29. Eibenschutz Hartman, Catalina y otros (compiladores). ¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción. México, coedición Organización Panamericana de la Salud-Universidad Autónoma Metropolitana (Xochimilco)-Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Estudios Superiores Zaragoza-Instituto Politécnico Nacional, 2006.
 30. Esteve, Hugo. El sector social de la economía en México. México, edición del Instituto de Propositiones Estratégicas, 1991.
 31. Fideicomiso de estudios estratégicos de la Ciudad de México-Oficialía mayor del Gobierno del Distrito Federal. La ciudad de México hoy. Bases para un diagnóstico. [capítulo II, La economía de la ciudad de México, pp. 39-58]. México, edición del GDF, 2000.
 32. Frenk Mora, Julio José; Lozano, Rafael; González Block, Miguel Ángel y otros. Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final. México, edición de la Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

33. Frenk Mora, Julio José y Londoño, Juan Luis. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo, oficina del economista jefe, documento de trabajo número 353.
34. Frenk Mora, Julio José (compilador). Salud: de la investigación a la acción. [capítulo III De la pertinencia a la excelencia: dilemas de la investigación en el sector público, pp. 43-58]. México, coedición SSA-FCE, primera edición, 1991.
35. Fuentes, Mario Luis. La asistencia social en México. Historia y perspectivas. México, editorial Paidea S.A. de C.V., 2002.
36. García Viveros, Mariano y Salas Mercado, Karina (coordinadores). Hacia un milenio sin hambre con educación, salud y justicia. México, coedición Secretaría de Salud-Fundación Mexicana para la Salud-Instituto Nacional de Salud Pública- Fondo de cultura Económica, Colección Biblioteca de la Salud, primera edición, 2007.
37. González Pier, Eduardo y otros (coordinadores)-Unidad de análisis económico de la Secretaría de Salud Federal. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. México, coedición FCE-Secretaría de Salud-Fundación Mexicana para la Salud-Instituto Nacional de Salud Pública, segunda edición, 2006.
38. Gordillo Resendiz, Lidia y Mora Pérez, Dulce. Política de salud en México: un análisis de la primera etapa del Programa Seguro Popular. México, el autor, Tesis Licenciatura (Licenciado en Trabajo Social)-UNAM, Escuela Nacional de Trabajo Social, 2005.
39. Guerrero Orozco, Omar. Las ciencias de la administración en el Estado absolutista. La teoría de la administración pública en las ciencias camerales y la doctrina de la policía en Europa entre los siglos XVI y XVII [capítulo 2, La organización cameral y de policía en el Estado absolutista, pp. 53-79]. México, ediciones fontamara, S.A. de C.V., 1986.
40. Guerrero Orozco, Omar. La Administración Pública del Estado Capitalista. [La dualidad de la naturaleza de la Administración Pública. Dominio político y dirección administrativa, pp. 266-272] México, ediciones INAP, 1979.
41. Guillén Romo, Arturo. Planificación económica a la mexicana. México, editorial Nuestro Tiempo, 1985.
42. Haro Bélchez, Guillermo. Servicio Público de carrera [capítulo II Función pública comparada, pp. 79-137]. México, coedición INAP-M. A. Porrúa, 2000.
43. Hernández Laos, Enrique. Crecimiento económico y pobreza en México. Una agenda para la investigación. México, edición del Centro de Investigación Interdisciplinaria en Humanidades-UNAM, 1ª edición, 1992.

Bibliografía

44. Instituto Nacional de Salud Pública. Seguro Popular de Salud. Siete Perspectivas. México, primera edición del Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
45. Laurell, Asa Cristina y otros. La exclusión en salud en el Distrito Federal: Caracterización. Informe final. México, coedición Secretaría de Salud del Gobierno del DF-Organización Panamericana de Salud (OMS), 2004.
46. Laurell, Asa Cristina. Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social. Cómo garantizar y ampliar tus conquistas históricas. México, editorial Planeta Mexicana, S.A. de C.V., 2001.
47. Laurell, Asa Cristina y Ruiz, Liliana. ¿Podemos garantizar el derecho a la salud? Requerimientos para ampliar la cobertura del sistema público de salud. México, coedición UAM-Fundación Friederich Ebert, 1996.
48. Leal Fernández, Gustavo. El seguro popular en el Distrito Federal. México, página de la *Revista electrónica Imagen Médica*: <http://www.imagenmedica.com.mx>, consultada el 26 de mayo de 2008.
49. Leal Fernández, Gustavo. Agenda y diseño de la reforma mexicana de la Salud y la seguridad social. México, edición UAM-Xochimilco, 2000.
50. Licha, Isabel (editora). Gerencia social en América Latina. Enfoques y experiencias innovadoras [Grynspan M., Rebeca parte I Los nuevos [¿viejos?] retos de la política social, pp. 3-24]. Washington, D.C., edición del Banco Interamericano de Desarrollo, 2002.
51. López Acuña, Daniel. La salud desigual en México. México, siglo XXI editores, décima edición, 2006.
52. Majnoni d'Intignano Béatrice (colaboration de Phillippe Ulmann). Économie de la santé. France, imprimerie des presses universitaires de France, 2001.
53. Medina Peña, Luis. Hacia el nuevo Estado. México, edición FCE, 1996.
54. Méndez Morales, José. Problemas económicos de México. México, edición McGraw Hill, 1994.
55. Repetto, Fabián. La gerencia social ante los nuevos retos del desarrollo social en América Latina. [Mezones, Francisco, Capítulo 4 El valor público en los programas sociales: una aproximación práctica, pp. 207-250]. Guatemala, coedición Instituto Interamericano para el Desarrollo Social-Instituto Nacional de Administración Pública-Real Ministerio de Asuntos Exteriores- Banco Interamericano de Desarrollo, 2005.
56. Organización Internacional del Trabajo (dirección de la publicación: Wouter van Ginneken). Seguridad social para la mayoría excluida. Estudios de casos de países en desarrollo. Reino Unido, edición de la OIT, 2000.

57. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas 1994. [Capítulo I Salud y condiciones de vida, pp. 1-36]. Washington D.C. Edición de de la OPS, publicación científica número 549, 1994.
58. Organización Panamericana de la Salud-Centro Panamericano de Planificación de la Salud. Formulación de políticas de salud. Chile, coedición OPS-CPPS, 1975.
59. Ortiz, Mauricio. El seguro popular. Una crónica de la democracia mexicana. México, coedición FCE-SSA-FUNSALUD-INSP, 2006.
60. Osborne, David y Gaebler, Ted. La reinención del gobierno. La influencia del espíritu empresarial en el sector público [Introducción Una perestroika norteamericana, pp. 25-54]. España, editorial Paidós, 1997.
61. Pardo, María del Carmen. La modernización administrativa en México. México, coedición INAP-COLMEX, 1993.
62. Patiño Camarena, Javier. Nuevo derecho electoral mexicano. [4.2 La configuración del sistema federal mexicano, pp. 47-51]. México, ediciones UNAM-Instituto de Investigaciones Jurídicas, serie estudios doctrinales, número 164, 8ª edición, 2006.
63. Programa de la ONU para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre desarrollo humano 2000. Barcelona, ediciones mundi-prensa-PNUD, 2000.
64. Provencio Durazo, Enrique y Yanes Rizo, Pablo Enrique (editores). La Política Social del Gobierno del Distrito Federal 2000-2006. Una Valoración General (Versión para discusión en el Consejo Consultivo de Desarrollo Social del D.F., noviembre de 2006). México, edición del GDF, 2006.
65. Rosen, George. De la policía médica a la medicina social. México, editorial siglo XXI, segunda edición en español, 2005.
66. Ruiz Delgado, Jorge. Estado y salud en México: el seguro popular de salud en el estado de Morelos: análisis y perspectivas. México, edición del autor, Tesis Licenciatura (Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública)-UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 2003.
67. Ruiz Moreno, Ángel Guillermo. Nuevo derecho de la seguridad social. México, editorial Porrúa, décima edición, 2006.
68. Ruiz Sánchez, Carlos Humberto. Manual para la elaboración de políticas públicas. México, coedición Plaza y Valdes-UIA, 1996.
69. Ruiz Sánchez, Carlos Humberto. Las Políticas de Salud en el Estado Mexicano (1917-1997). Un análisis de la evolución de la administración pública de la salubridad en México. Tesis doctoral, UNAM-FCPyS, edición del autor, 2001.
70. Sánchez González, José Juan. La administración pública como ciencia. Su objeto y estudio [Capítulo III, ¿Qué es la administración pública? Complejidad en la construcción de una definición, pp. 101-

- 123]. México, coedición IAPEM-Plaza y Valdés, S.A. de C.V., primera edición, 2001.
71. Sánchez González, José Juan. Gestión pública y governance. México, segunda edición del IAPEM, 2006.
 72. Sartori, Giovanni. Teoría de la Democracia. Los Problemas Clásicos. T. II. [capítulo XIV El mercado, el capitalismo, la planificación y la tecnocracia, pp. 480-537]. México, editorial Alianza, 1991.
 73. Serra Rojas, Andrés. Diccionario de ciencia política. Tomo II. México, coedición UNAM-Facultad de Derecho de la UNAM-FCE, segunda edición, 1999.
 74. Serra Rojas, Andrés. Teoría del Estado. México, editorial Porrúa, 12 edición, 1993.
 75. Schteingart, Martha (coordinadora). Pobreza, condiciones de vida y salud en la Ciudad de México. México, edición del Colegio de México, 2002.
 76. Sheinbaum Pardo, Claudia; Castillejos Salazar, Margarita y Rodríguez Gutiérrez, Daniel (compilación y elaboración del documento). Hacia la Agenda XXI de la Ciudad de México. Propuesta del Gobierno del Distrito Federal [Capítulos: 2 La dimensión económica de la agenda XXI y 3 Tendencias sociales: situación actual y desafíos, pp. 22- 54]. México, edición del GDF, 2004.
 77. Soberón Acevedo, Guillermo y otros. Derecho constitucional a la protección de la salud. México, editorial Miguel Ángel Porrúa, 2a edición, 1995.
 78. Székely Pardo, Miguel. Memoria del foro 'Superación de la pobreza, diálogos nacionales' [La desigualdad en México: una perspectiva internacional, pp. 45-73]. México, edición BID, 2000.
 79. Urbina Fuentes, Manuel y otros (coordinadores). La experiencia mexicana en salud pública: oportunidad y rumbo para el tercer milenio. México, coedición Organización Panamericana de la Salud-Sociedad Mexicana de Salud Pública-Fundación Mexicana para la Salud-Instituto Nacional de Salud Pública-FCE, 2006.
 80. Uvalle Berrones, Ricardo. Las transformaciones del Estado y la administración pública en la sociedad contemporánea. México. coedición Instituto de Administración Pública del Estado de México-Universidad Autónoma del Estado de México, 1997.
 81. Vera Silva, Jesús. Globalización y planeación estratégica para la calidad del servicio público. México, Tesis de licenciatura en Ciencia Política y Administración Pública-Facultad de Ciencias Políticas y Sociales (UNAM), el autor, 2004.
 82. Villamil, José. (compilador). Capitalismo transnacional y desarrollo nacional. México, edición FCE, 1981.
 83. Weber, Max. El político y el científico (Introducción de Raymond Aron). México, Alianza editorial, segunda reimpresión, 1991.

84. Yañez Campero, Valentín. La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México. México, edición INAP, 1999.

Legislación y documentos de gestión gubernamental

85. Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la Cámara de Diputados. Perfil Socioeconómico del Distrito Federal, documento de trabajo CEFP/037/2009, de junio de 2009.
86. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). Reporte del Coneval sobre las Cifras de la Evolución de la Pobreza en México. Comunicado número 001/2006 de fecha 1 de octubre de 2006, en: <http://coneval.gob.mx>.
87. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México, edición de la cámara de diputados LX legislatura, 2008.
88. Gobierno del Distrito Federal. Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2001-2006. [Gaceta Oficial del DF, 4 de diciembre de 2001.
89. Ley General de Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 [última reforma publicada DOF 06-06-2006].
90. Ley de Planeación. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de enero de 1983.
91. Ley de Salud para el Distrito Federal. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 1987, reformada en marzo de 1999 y abrogada por la Ley de Salud del D.F., publicada en la Gaceta Oficial del GDF el 17 de septiembre de 2009.
92. Ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral. Publicada en la Gaceta Oficial del D.F., el 22 de mayo de 2006.
93. Olaiz Fernández, Gustavo; Rivera Dommarco, Juan y otros. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México, coedición Instituto Nacional de Salud Pública-SSA, 2006.
94. Poder Ejecutivo Federal. Acuerdo por el que se crea el consejo nacional de protección social, como una comisión intersecretarial de carácter permanente. Publicado en el DOF el 27 de febrero del 2006.
95. Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. México, Presidencia de la República [Diario Oficial de la Federación, 30 de mayo de 2001]

Bibliografía

96. Presidencia de la República. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. México, edición SSA [versión de la página www.ssa.gob.mx], 2001.
97. Presidencia de la República. Programa de Reforma del Sector Salud 1994-2000. México, versión electrónica consultada en el vínculo: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/336/12.htm?s=iste>, el día 28 de abril de 2006.
98. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Publicado en el DOF el día 19 de enero de 2004, con reformas del 29 de noviembre de 2006.
99. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. Publicado en el DOF el día 5 de abril de 2004.
100. Secretaría de Desarrollo Social (Gobierno Federal). Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Manual Micro Regiones. Impreso en el mes de octubre de 2004 por la propia SEDESO.
101. Secretaría de Salud. Reglas de operación del Seguro Popular. Diario Oficial de la Federación el día viernes 15 de marzo de 2002. Tomo DXCVIII, No. 4.
102. Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística de la SSA, "Recursos físicos, materiales y humanos". Volumen I. Núm. 23, 24 y 25. México, 2006.
103. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud". Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de marzo de 2002.
104. Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Programa de Salud 2002-2006. México, GDF, versión de la página www.salud.df.gob.mx. Publicado originalmente en la Gaceta Oficial pp. 73-107.
105. Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos del Gobierno del Distrito Federal. Actualización para el periodo 2004-2006. México, GDF, 2004.

Hemerografía

106. Aguilar Villanueva, Luis Fernando. "Política pública y gobierno del Estado." *Revista del Colegio*, número 4, octubre de 1990, México, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, pp. 233-255.

Bibliografía

107. Arteaga, José Manuel y González, Ixel. "*Seguro Popular enfrenta a los titulares de Banxico y Salud*". México, D.F., diario el universal, versión electrónica del viernes 27 de julio de 2007.
108. Barba, Carlos. "*Progresas: Paradojas de un programa de combate a la pobreza*". Sitio en internet: greit.free.fr/textebarba200900.html.
109. Barranco, Alberto. "*Columna Empresa*". Diario el universal, versión electrónica del día 7 de noviembre de 2009 [al pie del título de esta nota en dicha versión aparece la fecha del 06 de noviembre de 2009].
110. Becerril, Andrea y Cruz, Ángeles. "*Comenzará en 2004 y funcionará en su totalidad en 2010. Aprobación fast track en el Senado del seguro popular*". Diario la jornada, versión electrónica del día 25 de abril de 2003, sección sociedad y justicia.
111. Benítez Ampudia, José Carlos. "*Consideraciones biológicas y sociales en torno a la calidad y condiciones de vida como determinantes de la salud enfermedad*". En página web denominada ciudad virtual de antropología y arqueología, sección recursos de investigación, dirección: http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/carlos_benitez.htm ; snp, consultada el día 12 de noviembre de 2008.
112. Bolaños Sánchez, Ángel. "*Se mantiene el DF como la principal economía del país, con 21.84% del PIB.*" Diario la jornada, sección la capital, 3 de junio de 2006, p. 37.
113. Boltvinik Kalinka, Julio. "*Dos Años Después: más pobres*". México, diario la jornada del día 22 de julio de 2002, p.23.
114. Boltvinik Kalinka, Julio. "*La pobreza en el Distrito Federal/III*", columna Economía Moral. México, D.F., diario la jornada 8 de diciembre de 2006, p.34.
115. Cabrero, Enrique (coordinador). "*Claroscuros del nuevo federalismo mexicano: estrategias en la descentralización federal y capacidades en la gestión local.*" Gestión y política pública, vol. VI, número2, segundo semestre de 1997. México, CIDE, pp. 329-387.
116. Crespo, José Antonio. "*Cultura democrática: ¿avance o retroceso?*" sección nacional; columna "Horizonte Político". México, diario excelsior del día 20 de octubre de 2006, p.11.
117. Cruz Martínez, Ángeles. "*El Seguro Popular contará el próximo año con 54.3 mil millones de pesos*". México, D.F., diario la jornada, sección política, versión electrónica del día 18 de noviembre de 2009.
118. Cruz Martínez, Ángeles. "*Con sobrepeso u obesidad, 70% de mayores de 20 años*". México, D.F., diario la jornada, sección sociedad y justicia, versión electrónica del sábado 2 de febrero de 2008.
119. Cruz Martínez, Ángeles. "*Hace falta calidad en la atención médica en el país: Julio Frenk.*" México, diario la jornada del día 15 de febrero de 2007, sección sociedad y justicia, p. 45.

Bibliografía

120. Cruz Martínez, Ángeles. "Obstruye la Conamed acceso a servicio médico de calidad." México, diario la jornada del día 2 de junio de 2006, sección sociedad y justicia, p.42.
121. Cruz Martínez, Ángeles. "En duda, la viabilidad financiera del Seguro Popular de Salud". México, D.F., diario la jornada, sección sociedad y justicia, versión electrónica del día jueves 12 de junio de 2003.
122. Cruz, Ángeles y Becerril, Andrea. "López Obrador interpondría una controversia constitucional si es aprobada la ley de salud". México, versión electrónica del diario la jornada, sección sociedad y justicia, 27.03.2003.
123. De la redacción. "Cobertura total del Seguro Popular en 2011". México, diario la jornada, versión electrónica del día 28 de noviembre de 2009, p. 31.
124. Enciso L., Angélica. "Sin acceso a servicios de salud 4 de cada 10 mexicanos: Coneval". México, diario la jornada del día miércoles 7 de abril de 2010, sección sociedad y justicia, p.36
125. Fernández Vega, Carlos. "Ser pobre en este país deja mucho, según INEGI." México, diario la jornada del día 2 de octubre de 2006, sección economía, columna México SA, p. 30.
126. Fernández Vega, Carlos. "El instrumento Oportunidades". México, D.F., diario la jornada del día 27 de septiembre de 2006, columna México SA, p. 36.
127. Frenk Mora, Julio José. "Tender puentes: Lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias". México. *Revista Salud Pública de México*, año/vol. 49, número suplemento 1 de 2007. Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 14-22. El original en inglés: Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico, se publicó en la *Revista internacional de salud Lancet*: 2006; 368; 954-961.
128. Frenk Mora, Julio José. "Desempeño del sistema nacional de salud" [pp. 421-424]. En: Simposio: La Reforma de salud en México. (México, D.F., 18 de abril de 2001) *Gaceta Médica*, México, Vol. 137, No. 5, 2001.
129. Gómez Dantés, Octavio; Gómez Jáuregui, Jesica e Inclán, Cristina. "La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud". *Revista Salud pública de México*, v.46 n.5 Cuernavaca sep. /oct. 2004, Instituto Nacional de Salud pública, 29 pp.
130. Gómez Mena, Carolina. "Mano dura en Pemex contra 25 médicos por denunciar carencias". México, D.F., diario La jornada del día 11 de junio de 2006, sección sociedad y justicia, p.34.
131. González Amador, Roberto. "La economía informal, con más "afiliados" que el seguro social." México, diario la jornada del día 17 de agosto de 2006, sección economía, p.28.

Bibliografía

132. Laurell, Asa Cristina. "Coneval. Baile de los números de acceso a la salud y seguridad social". México D.F., diario la jornada, sección opinión, versión electrónica del día 13 de enero de 2010.
133. Laurell, Asa Cristina. "Health system reform in Mexico: a critical review", *Lancet*, 2007, Volume 37, number 3, pp. 515-535.
134. Laurell, Asa Cristina. "La globalización y las políticas de salud". México, publicación de la UAM, *Nueva Época, Salud Problema*, Año 3 número 4, junio 1998, pp. 39-50.
135. Leal Fernández, Gustavo. "IMSS-ISSSTE-Ssa. Tres arenas, tres fracasos". México, D.F., diario la jornada, sección opinión, versión electrónica del día 19 de septiembre de 2009.
136. Leal Fernández, Gustavo. "Seguro Universal: presupuesto y establecimientos privados". México, D.F., diario la jornada del día 10 de febrero de 2007, sección opinión, p.18.
137. Leal Fernández, Gustavo. "¿Seguro Popular: "garantía" para los pacientes? México, D.F., diario la jornada del día 1 de julio de 2006, sección opinión, p. 26.
138. Leal Fernández, Gustavo. "¿"Megasistema" de "protección social"? México, D.F., diario la jornada del día 17 de junio de 2006, sección opinión, p. 20.
139. Leal Fernández, Gustavo. "Más allá de una "esperanza" taquillera". México, D.F., diario la jornada, sección opinión, versión electrónica del día 7 de junio de 2003.
140. Márquez Ayala, David. "DF. Economía, Demografía y Empleo". Columna Reporte Económico publicada el día 18 de octubre de 2004 en la página www.vectoreconomico.com.mx.
141. Méndez, Enrique. "Seguro Popular, otro fracaso de Vicente Fox. Usó estructura médica de IMSS, ISSSTE, Sedena, Pemex y privada". México, D.F., diario la jornada, sección política, versión electrónica del martes 3 de abril de 2007.
142. Mirón Lince, Rosa María. "La Recomposición de las fuerzas político-electorales en el Distrito Federal". *Revista Estudios Políticos*, cuarta época, No. 21, mayo-agosto de 1999. México, UNAM-FCPyS. pp. 161-186.
143. Mirón Lince, Rosa María. "El comportamiento electoral en el Distrito Federal". En *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, año XLIII, num.172, abril-junio de 1998. México, UNAM-División de Estudios de Posgrado de la FCPyS. pp. 113-122.
144. Morelos B., José. "Salud, enfermedad y muerte". *Revista Demos* del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, número 12, año 1999, pp. 11-12.
145. Moreno Jaimes, Carlos. "La descentralización del gasto en salud en México: una revisión de sus criterios de asignación". trabajo que forma parte del Programa de Presupuesto y Gasto Público del CIDE, financiado por la Fundación Ford, en: www.presupuestoygastopublico.org/.../salud/DT%2095.pdf.

Bibliografía

146. Muñoz, Alma E. "*Seguirá igual el número de beneficiarios de Oportunidades*". México, D.F., diario la jornada del 7 de diciembre de 2006, sección sociedad y justicia, p. 9.
147. Muñoz, Alma E. "*Cifras veladas por el gobierno reflejan el avance en la pobreza*". México, diario la jornada del día 2 de octubre de 2006, sección sociedad y justicia, p.46.
148. Muñoz Ríos, Patricia. "*Cayeron 22% los salarios este sexenio*". México, D.F., diario la jornada, sección sociedad y justicia del día 30 de agosto de 2006, p. 48.
149. Muñoz Ríos, Patricia. "*Vergonzoso, que una persona sea súper rica y millones no tengan para comer*". México, D.F., diario la jornada, sección sociedad y justicia, 05.07.2007, p. 45.
150. Nuñez, Kyra. "*Experiencia en la Ssa y Seguro Popular, cartas de Frenk en campaña por la OMS*". México, D.F., diario la jornada, sección sociedad y justicia, 18.10.2006, p. 50.
151. Piñeyro, José Luis. "*Fox: de la cima a la sima*". México, diario el universal, versión electrónica del día 12 de noviembre de 2005.
152. Ramírez, Fernando. "*En la décima economía del mundo, 53.7% de la población vive en la pobreza.*" México, diario el financiero del día 14 de agosto de 2002, pp.44-45.
153. Reyes Vayssade, Martín. "*El PND, otro parto de los montes.*" México, diario el universal del día 4 de junio de 2001, p. A28.
154. Romero Sánchez, Gabriela. "*Solo 16 millones de mexicanos carecen de servicios de salud, aclara Córdova*". México, diario la jornada del día jueves 8 de abril de 2010, sección sociedad y justicia, p.39.
155. Salgado, Arturo "*Pierde el país 9l empleos cada hora.*" México, diario el financiero del día 26 de junio de 2001, p.14.
156. Sin autor. "*Programas de salud requieren monitoreo permanente para conocer su efectividad.*" México, diario la jornada del día 9 de octubre de 2006, sección sociedad y justicia, p.48.
157. Soberón Acevedo, Guillermo. "*La participación del sector privado*". En Simposio: La Reforma de salud en México (pp. 437-442) México, D.F., 18 de abril de 2001, Gaceta Médica, México, Vol. 137, No. 5, 2001.
158. Uvalle Berrones, Ricardo. "*La gestión pública en tiempos de intensidad ciudadana*". En *Revista IAPEM*, México, Instituto de Administración Pública del Estado de México, 2003, número 54, pp. 143-180.
159. Zúñiga, Juan Antonio. "*Déficit de más de 5.5 millones de empleos en este sexenio, revela UOM.*" México, diario la jornada del día 26 de septiembre de 2006, sección economía, p.27.

Bibliografía

Sitios en Internet

160. <http://www.seguro-popular.gob.mx>
161. www.funcionpublica.gob.mx/
162. <http://www.inegi.org.mx>
163. http://www.df.gob.mx/agenda2000/ieconomicos/12_6.html
164. www.ssa.gob.mx
165. www.salud.df.gob.mx
166. [http://blogs.eluniversal.com.mx/wweblogs_detalle.php?p_fecha=2009-04-28&p_id_blog=81&p_id_tema=758.](http://blogs.eluniversal.com.mx/wweblogs_detalle.php?p_fecha=2009-04-28&p_id_blog=81&p_id_tema=758)