

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

La privatización de la salud en México: ¿Un proceso encubierto?

Tesis profesional

que para obtener el título de

Licenciada en Sociología presenta:

Ana Patricia Valencia Ávila

Directora de tesis: Doctora María José Rodríguez Rejas.

México, D. F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A Dios

**Por darme la vida, amarme tanto y traerme tantas y tantas bendiciones,
como esta tesis.**

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Por hacer realidad este sueño maravilloso.

A mis padres

Por ser los mejores del mundo, por su gran amor, ternura y apoyo incondicional.

A mis hermanos

Por ser mis compañeros en la vida, por su gran amor, apoyo y comprensión.

A mi padrino Ranferi y mi madrina Arcadia

Por ser como mis padres.

A papá Arcadio, mamá Raquel, mi tío Moisés y mi padrino Ranferi

Que me ven desde el cielo.

A mis abuelos, tíos, primos, sobrinos y amigos

Por darme todo su amor.

A María José Rodríguez Rejas

Por su gran, gran ayuda, por todos sus conocimientos compartidos y por su infinita paciencia.

Introducción

El presente trabajo trata acerca del problema de la salud en el país. Particularmente del proceso de privatización de la salud en México. El bajo gasto público en salud y el aumento del gasto privado; la mala calidad en la atención de los servicios públicos de salud y su sobresaturación, la descentralización de éstos, la subrogación y la privatización de las pensiones son elementos que se articulan en un proceso de privatización. Éste a su vez se ve acompañado por una campaña ideológica que se encarga de negarlo y de ocultarlo. El Seguro Popular como un seguro focalizado e incompleto es parte de dicha estrategia ideológica.

Este trabajo pretende estudiar el proceso de privatización de la salud como parte del proyecto neoliberal que se implementa en México, así como la campaña ideológica que encubre dicho proceso desde 1980 hasta 2010.

La salud es un estado fundamental para que el ser humano pueda desarrollarse en la sociedad de manera satisfactoria: “De las necesidades infinitas del hombre, la salud es sin duda una de las más importantes. Es un bien deseable que proporciona utilidad a los individuos, ya que les permite ser más productivos, derivan más utilidad de otros bienes al sentirse saludables y, junto con la educación, son la base del capital humano y la productividad económica.”¹

En México el porcentaje del PIB que se invierte como gasto público en salud fue de 3.1 en 2007. En ese mismo año esta cifra fue menor a la de varios países de América Latina

¹ Comisión sobre Macroeconomía y Salud, *Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud*. [en línea], Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001. Citado en: VM. Vázquez, MF. Merino, R. Lozano, *Las Cuentas en Salud en México, 2001-2005*, [en línea], 48 pp., México, D. F., Dirección General de Información de Salud, Secretaría de Salud, 2006, Dirección URL: http://sinais.salud.gob.mx/sicuentas/docs/LasCuentasEnSaludEnMexico_2001-2005.pdf , p. 7, [consulta: 27 de noviembre de 2008].

y El Caribe, como: Aruba (8.3), Belice (3.7), Costa Rica (6.0), Cuba (9.9), El Salvador (4.1), Nicaragua (3.7), Panamá (3.5) y, San Vicente y las Granadinas (4.0).²

En 2000 el gasto privado en salud ascendió a 203.5 miles de millones de pesos constantes, mientras el gasto público llegó a 177.3 miles de millones; en 2004 el gasto privado ascendió a 274.8 miles de millones de pesos y el gasto público llegó a 238.7 miles de millones de pesos.³

Aquí podemos observar claramente un aspecto de la privatización, en el que el gasto público disminuye y el gasto privado aumenta. Significa que las personas tienen más dificultades para acceder a servicios médicos públicos puesto que éstos van decreciendo para abrir paso al sector privado.

El país presenta diferencias en cuanto a la infraestructura y la calidad en las diferentes instituciones⁴. Según estudios de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en México “Existen grandes diferencias entre estados en términos de la disponibilidad de recursos per cápita para prestar servicios públicos de atención médica y, en particular, se observan problemas de acceso en las zonas rurales.”⁵ Por otra parte, las personas que no cuentan con seguridad social son las más pobres del país y

² CEPAL. *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2008*, [en línea], 430 pp., Santiago de Chile, CEPAL, 2009, Dirección URL: En http://websie.eclac.cl/anuario_estadistico/anuario_2008/docs/ANUARIO2008.pdf p, 70, [consulta: 3 de julio de 2009].

³ VM. Vázquez; MF. Merino; R. Lozano, *Las Cuentas en Salud en México, 2001-2005*, [en línea], 48 pp., Dirección General de Información de Salud, Secretaría de Salud, México, D. F., 2006, Dirección URL: http://sinais.salud.gob.mx/sicuentas/docs/LasCuentasEnSaludEnMexico_2001-2005.pdf , p. 11, [consulta: 27 de noviembre de 2008].

⁴ John Martin y Howard Oxley, “El estado de salud en México”. Citado en, OCDE, *Políticas Públicas para un Mejor Desempeño Económico. Experiencias del mundo para el desarrollo, México 10 años en la OCDE*, [en línea], 246 pp., México, OCDE, 2006, Dirección URL <http://www.oecd.org/dataoecd/32/31/36577222.pdf> , p. 159, [consulta: 17 de diciembre de 2008].

⁵ Secretaría de Salud, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México*, [en línea], 187 pp. Traducido a partir de las versiones originales en inglés y en francés, París, Publicado por acuerdo de la OCDE, , 2005, Dirección URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/4/56/36986949.pdf> p. 11, [consulta: 21 de noviembre de 2008].

tienen gastos que los empobrecen aún más para poder cuidar de su salud.⁶ Al final de la década de 1990, 17 millones de personas vivían en zonas rurales donde no existía una unidad que brindara servicios de salud.⁷ Veamos otro indicador: “la mortalidad infantil es muy sensible a las condiciones de vida de las poblaciones y en este sentido es un alto predictor de las desigualdades sociales. El riesgo de que un menor de un año muera en Chiapas, Oaxaca y Guerrero es 60% más alto que un niño que nació en el DF o en Nuevo León.”⁸

Esto quiere decir que en México muchas personas no tienen acceso a la salud, ésta es la gravedad del problema de la privatización, que mientras más avance tiene, mayor es la cantidad de personas que no tienen cobertura de salud pública, ni recursos para acceder a la medicina privada.

Si revisamos ciertos indicadores de condiciones de salud para saber en donde se ubica México con respecto a la OCDE, nos damos cuenta de que nuestro país se ubica por debajo de la gran mayoría de estos países.⁹ Por ejemplo, “Las tasas de mortalidad infantil y en niños menores de 5 años de edad son las segundas más altas entre los países de la Organización, después de Turquía, mientras la tasa de mortalidad materna es mucho mayor que la observada en promedio para los países de la OCDE.”¹⁰

En este mismo sentido de acuerdo con los niveles de la OCDE nuestro país presenta un bajo nivel de recursos para la atención a la salud: “Por ejemplo, en 2002 México tenía 1.5 médicos practicantes por cada 1,000 habitantes, cerca de la mitad del promedio de la

⁶ John Martin y Howard Oxley, *op. cit.*, p. 160.

⁷ Secretaría de Salud, *op. cit.*, p. 78.

⁸ Secretaría de Salud. *Salud: México 2006, Información para la rendición de cuentas*, México, Secretaría de Salud, 2007, Primera edición, p. 20.

⁹ *Ibid.*, p.12.

¹⁰ *Idem.*

OCDE, en tanto que la razón respectiva de camas censables era de cerca de un cuarto del promedio de la OCDE.”¹¹

Dentro de la OCDE, México es un país –uno de los pocos- que sigue sin cubrir universalmente a todos los ciudadanos en lo que a salud se refiere: “El nivel de gasto público, ubicado en 45 por ciento del gasto total en salud en 2002, sigue siendo inferior al promedio de la OCDE de 72 por ciento.”¹²

Nos encontramos ante un panorama en el que existe un gasto público en salud insuficiente, el gasto privado en salud se ha incrementado y es mayor al gasto público, y más de la mitad de la población mexicana no es derechohabiente de alguna institución que otorga servicios de salud.

Contrastemos este panorama con la importancia de la salud para el desarrollo de la vida de las personas y del país en general y veremos cómo las condiciones actuales de la salud en México ponen en riesgo las posibilidades de desarrollo y de vida de los mexicanos.

Además, las condiciones de salud en las que se encuentra México se encubren bajo una campaña ideológica, lo que impide que la gente tenga una conciencia crítica acerca del problema. Esto quiere decir que la privatización no se declara, se enmascara aparentando que no existe. Todo esto sirve para que los mexicanos no puedan enterarse de lo que en realidad sucede al interior de las instituciones públicas de salud y que no puedan hacer valer sus derechos.

Si el panorama de la salud en el México de hoy es tan alarmante y la salud es un elemento tan fundamental para el desarrollo del ser humano en sociedad, sin duda éste es un tema importante para la sociología, de ahí que en este trabajo se pretenda

¹¹ *Idem*

¹² *Idem.*

elaborar un panorama de la situación de la salud en México así como las causas de esta situación.

Es decir, se pretende exponer cómo se ha llevado a cabo el proceso de privatización de los servicios de salud en México. La crisis por la que atraviesan las grandes instituciones de seguridad social, la disminución del gasto público en salud, las reformas a los sistemas de pensiones de los trabajadores, son fenómenos que obedecen a esta privatización encubierta.

No sólo se niega la existencia del proceso privatizador, sino que la propaganda, además de orientarse a programas incompletos y de bajo costo como el Seguro Popular, oculta que la situación de crisis y abandono en la que se encuentran instituciones como el IMSS o el ISSSTE forma parte de este proceso de desmantelamiento y desprestigio. Las reformas privatizadoras en este contexto son presentadas como la única vía para resolver la situación crítica en la que se encuentran los servicios de salud.

Las hipótesis con las que se trabajó fueron las siguientes:

- 1) La situación y los cambios por los que han atravesado los servicios de salud en México durante las últimas décadas obedecen a un proceso de privatización, encubierto con una campaña ideológica.
- 2) El proceso de privatización de la salud encuentra su lógica en el proyecto neoliberal que se implementa en México, proyecto en el que cambia el papel que cumple el Estado en la sociedad.
- 3) La campaña ideológica neoliberal se encarga de negar la existencia de dicho proceso y mostrar al Estado neoliberal como defensor del derecho a la salud: justificando las reformas privatizadoras al presentarlas como la única solución a la crisis por la que atraviesan los servicios de salud y como una estrategia para preservar este derecho.

4) El Seguro Popular es un tema actual que forma parte de la campaña ideológica que acompaña el proceso de privatización de la salud en México y que pretende justificar el reconocimiento del derecho a la salud.

Nuestro objetivo general fue entender los cambios por los que habían atravesado los servicios de salud en México durante las últimas décadas y estudiar hasta que punto obedecían a un proceso de privatización encubierto. Otro de nuestros objetivos fue explicar el proceso de privatización de la salud para ubicarlo como parte del proyecto neoliberal que se implementa en México a partir de los ochenta; identificar los elementos de la campaña ideológica neoliberal para comprender cómo se encubre el proceso de privatización de la salud y analizar el Seguro Popular para identificar el papel que cumple dentro de dicho proceso de privatización.

La estructura de este trabajo consta de cuatro capítulos. En el primer capítulo abordamos las posiciones teóricas en torno a la privatización así como los conceptos eje que nos permiten entender y ubicar el problema. El segundo capítulo se centra en los antecedentes de la salud en México y cómo se fundaron las instituciones que conocemos actualmente, así como el papel que ha cumplido el Estado en todo este proceso. El tercer capítulo aportará los datos sobre las instituciones públicas de salud que nos permiten analizar el proceso de privatización en este sector, en relación con el impacto del neoliberalismo. El capítulo cuatro caracteriza la campaña ideológica neoliberal que se utiliza para encubrir la privatización de la salud y revisa el Seguro Popular como una expresión de la campaña ideológica neoliberal en torno a la salud.

Capítulo I

Referentes teóricos en torno a la privatización de la salud

En este capítulo veremos qué dicen algunos autores acerca de la privatización de la salud, hablaremos de los conceptos clave en este tema como son la salud, el Estado, el neoliberalismo y la ideología. Pondremos especial atención en el neoliberalismo y su relación con la salud, ya que es en el marco del neoliberalismo en el que se desarrolla este proceso de privatización de la salud.

La privatización de la salud a través de varios autores

Existen varios autores que han desarrollado diferentes trabajos en torno a la privatización de la salud. Para este trabajo nos interesan los trabajos de Catalina Eibenschutz, Silvia Tamez y Claudia Bodek; Asa Cristina Laurell y María Elena Ortega; Ofelia Oliva y Francisco Reyes; y Carolina Tetelboin y Arturo Granados.

Para Catalina Eibenschutz, Silvia Tamez y Claudia Bodek, la salud ha sido privatizada y el proceso se ha llevado a cabo de manera indirecta, ocultando a los mexicanos esta información.¹³ La privatización indirecta consiste en medidas como: privatización de algunos servicios dentro de las instituciones, subrogación de la atención médica, apoyo a

¹³ Consultar: Catalina Eibenschutz; Silvia Tamez; Claudia Bodek, “Salud, neoliberalismo y privatización en el México de hoy”, *Estudios políticos*, No. 2, México DF, enero-marzo 1994, p. 57.

los empresarios privados para construir hospitales, y privatización de algunos componentes de la seguridad social.¹⁴

Asa Cristina Laurell y María Elena Ortega ubican la privatización de la salud en el marco del neoliberalismo. Señalan que la política social de los proyectos neoliberales de Latinoamérica tiene cuatro lineamientos: la focalización del gasto hacia la población que está en extrema pobreza, “la reducción del gasto social, la descentralización y la privatización de la producción de los servicios sociales.”¹⁵ De estos cuatro lineamientos: “la privatización tiene las implicaciones más graves en el mediano y largo plazo porque significa el debilitamiento, o hasta destrucción, de instituciones públicas de educación y salud construidas durante muchas décadas con el esfuerzo de todos los mexicanos.”¹⁶

La privatización encubierta sirve para que las personas no tengan una conciencia crítica del problema e incluso ni siquiera se enteren de que existe dicha privatización. De ahí la importancia de la campaña ideológica que oculte y niegue la privatización. Es una campaña que exalta los programas de salud focalizados –como el Seguro Popular–; mientras niega que las medidas que se orientan a la privatización sean medidas privatizadoras.

En el discurso:

el gobierno no plantea la privatización de las instituciones públicas y paraestatales de salud y educación simplemente porque sería políticamente insostenible. Sin embargo, esto no quiere decir que no haya tendencias importantes de privatización en los sectores educativo y de salud cuando se observan los hechos. Es más, estas tendencias no obedecen a hechos aislados o

¹⁴ *Ibid.*, p. 58.

¹⁵ Asa Cristina Laurell; María Elena Ortega, “Privatización de los servicios de salud”, *El Cotidiano*, Vol 7, No. 39, México DF, enero-febrero de 1991, p. 64

¹⁶ *Ibid.*, pp. 64-65.

aleatorios sino a una política que, a pesar de no ser explícita (sic), no deja de ser coherente con el proyecto neoliberal global.¹⁷

Para Ofelia Oliva y Francisco Reyes los servicios de salud representan una gran oportunidad para privatizar¹⁸ -es un servicio del que todas las personas necesitan y es algo que se puede convertir en un negocio-; es más complicado privatizar los servicios de salud porque se necesita separar lo rentable de lo no rentable,¹⁹ cambiando “el principio solidario de beneficios según las necesidades y contribución según la capacidad económica, por el principio de equivalencia (beneficios equivalentes al pago recibido).”²⁰

Si cambia el principio de beneficios según la necesidad y contribución según la capacidad económica, el daño sería para las personas más pobres que no tienen cómo pagar, entonces no podrían acceder a servicios de alto costo.

Como señalan los mismos autores, las reformas han legalizado este despojo de los derechos de los trabajadores.

El sector privado ha crecido al amparo de las reformas a la Ley del Seguro Social, dejando a los más pobres que sólo se atiendan los padecimientos básicos y quitándoles el derecho a atenderse si tienen enfermedades que representan un alto costo.

Las reformas a la Ley del Seguro Social de 1995 y 2001²¹

¹⁷ *Ibid.*, p. 65.

¹⁸ Consultar: Ofelia Oliva; Francisco Reyes, “Reforma del Estado, IMSS y movimiento de las y los trabajadores”, en Ana Alicia Solís de Alba, *et. al.* (coord.). *Globalización, reforma neoliberal del Estado y movimientos sociales*, México, Editorial Itaca, 2003, p. 207.

¹⁹ *Ibid.*, p. 208

²⁰ *Idem.*

²¹ *Idem.*

y su concreción en programas que fomentan la participación creciente del sector privado en la producción de los servicios clínicos de salud y de seguridad social permiten el establecimiento de un sistema dual público-privado en el que el sector público asume la responsabilidad de suministrar servicios clínicos esenciales de bajo costo y el privado la producción de servicios clínicos de los niveles secundario y terciario de alto costo y difícil acceso.²²

El problema es muy grave, ya que con todas estas reformas y medidas privatizadoras se van dejando paulatinamente a más personas indefensas ante las enfermedades. Los servicios privados son para las personas que tienen recursos y pueden tener atención médica cuando lo necesiten. Mientras las personas que no tienen recursos prácticamente tienen prohibido enfermarse, puesto que no tienen recursos para pagar sus tratamientos.

Para Carolina Tetelboin y Arturo Granados hubo un cambio en las relaciones entre el Estado y la sociedad en América Latina a partir de los ochenta.²³ El Banco Mundial propone que cambie la relación entre el gobierno y la atención a la salud²⁴ de la siguiente manera: el individuo “ya no es considerado como sujeto de derecho a la atención médica sino como consumidor de servicios, lo cual expresa, sin lugar a dudas, la intención de introducir la salud al sistema de mercado, es decir, a la privatización.”²⁵

Las actividades del Estado se reducen a una nueva clasificación de los bienes sociales que intervienen en la salud, esta clasificación es la siguiente: los servicios públicos, los servicios que contribuyen a disminuir la pobreza y los que brinda la seguridad social. Los públicos son los servicios de salud como la inmunización y el cuidado de la salud ambiental. Los que se encargan de disminuir la pobreza; se imparten de manera esencial e individualizada, son de bajo costo y el Banco Mundial los aprueba porque son gastos

²² *Ibid.*, p. 210.

²³ Carolina Tetelboin; Granados Arturo, “Aspectos de los sistemas de salud de Chile, Colombia y México”, *Argumentos*, No. 35, México DF, abril de 2000, p. 26.

²⁴ *Ibid.*, p. 29.

²⁵ *Idem.*

que se hacen para los pobres. Se dice que el tercer tipo de servicios que son de la seguridad social han presentado graves deficiencias y por eso los gobiernos deben limitar sus funciones en ese rubro y prepararse para fomentar los mercados de seguros. El Estado debe sólo quedarse con un paquete de servicios esenciales.²⁶

De acuerdo con los mismos autores, existen tres estrategias con las que el gobierno lleva a cabo el cambio en el funcionamiento de los servicios de salud; estas son: la privatización selectiva, la descentralización y la focalización.²⁷

Según los mismos autores existe una consecuencia general de las reformas que se han dado para Colombia, Chile y México, estos países comparten un mismo rasgo. Éste es que la población de estos países se ha dividido en dos: “la que tiene acceso a servicios en la seguridad social o al sector público o privado que se entiende como el mundo del mercado, es decir, donde los sujetos podrían <<elegir>>, y la población pobre a la que el Estado subsidiará a través de medidas focales y paquetes básicos.”²⁸

La privatización de la salud se traduce en medidas como obedecer las recomendaciones del Banco Mundial, en las reformas a la Ley del Seguro Social, entre otras. Como podemos darnos cuenta, la focalización es un factor muy importante dentro de la privatización de la salud. Se divide a la población entre la que tiene con qué pagar y la que no tiene dinero, y los servicios se focalizan hacia los más pobres. La focalización encubre la privatización porque se hace creer que al Estado le preocupa la salud de todos los mexicanos cuando solamente se encarga de los más pobres y brindando solo los servicios más básicos. En México la focalización de la salud se lleva a cabo por medio del Seguro Popular que estudiaremos en otro capítulo.

²⁶ *Ibid.*, p. 30.

²⁷ *Ibid.*, p. 31.

²⁸ *Ibid.*, p. 41.

Conceptos clave en la privatización de la salud

Siguiendo la revisión teórica veremos los conceptos más importantes, los cuales tienen que ver con la privatización de la salud. Analizaremos los conceptos desde diferentes perspectivas teóricas para elegir una que sea adecuada para este trabajo.

La salud

Debido a que el concepto de **salud** es muy importante para el tema que se está tratando, se utilizará el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Constitución de la OMS afirma que: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”²⁹

Por otra parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS) concibe ésta como un elemento indispensable para el bienestar del ser humano y de la sociedad: “La salud es un componente importante para el desarrollo local, una población sana es una población cuyo desempeño es más productivo tanto en lo social como en lo económico, así como en mayor participación ciudadana en la vida política de la comunidad, municipio y/o ciudad.”³⁰

²⁹ Organización Panamericana de la Salud, *Promoción de la salud en las Américas. Informe Anual del Director – 2001* [en línea], Washington, D.C.: OPS, © 2001, Dirección URL http://www.paho.org/Spanish/D/DO302_TOC.pdf, p. xi. [consulta: 25 de noviembre de 2009].

³⁰ Organización Panamericana de la Salud, *Marco referencial y estratégico de la cooperación técnica en Salud y Desarrollo Local*. [en línea] Unidad de Entornos Saludables. Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental.

Como resultado de sus investigaciones, la OPS afirma que “la salud constituye una condición necesaria para asegurar un desarrollo humano que potencie el crecimiento económico, fomente la educación, conserve el medio ambiente y asegure la libertad esencial para la dignidad humana.”³¹

Como vemos entonces, la salud sí es muy importante para la vida de una sociedad:

La salud en sí es una meta, y la utilidad de las intervenciones de salud pública para salvar vidas es evidente. Al mismo tiempo, la salud es necesaria para impulsar el desarrollo económico, aliviar la pobreza y garantizar la estabilidad política y social (...)

Estudios de la OPS muestran que, en todos los países, la mejora de la salud impulsa el crecimiento de los ingresos al fomentar la educación, la productividad y la participación en la economía, especialmente de las mujeres. Con el tiempo, la buena salud se manifiesta en un aumento importante del ingreso per cápita de la población, causando un efecto que es a la vez acumulativo y permanente. A corto plazo, la buena salud *causa* un crecimiento económico. Una conclusión conexas proviene de Robert Fogel, premio Nobel de economía en 1993, quien muestra que la energía proporcionada por la alimentación aumenta la eficiencia humana y, en última instancia, la productividad. En el informe de Fogel se calcula que la mitad del crecimiento económico del Reino Unido en los últimos 180 años se debe a mejoras de la salud y la nutrición.³²

Debates teóricos en torno al Estado

El **Estado** es otro concepto central en este trabajo, ya que tiene que ver directamente con la forma en que se organiza la sociedad, con la distribución de la riqueza y con las posibilidades reales que tienen los seres humanos para hacer valer sus derechos, entre ellos el derecho a la salud. De ahí la importancia de la relación entre Estado y salud.

OPS/OMS, 2005, en: http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/Desarrollo_Local_Cumbre_ELS_corregido.pdf , p. 2. [consulta: 25 de noviembre de 2009].

³¹ Organización Panamericana de la Salud, *Nuevos rumbos para la salud en las Américas. Informe Cuadrienal del Director* [en línea], Documento Oficial No. 306, 2002, Dirección URL: http://www.paho.org/Spanish/D/ops98-02_ch03.pdf , p. 33 [consulta: 25 de noviembre de 2009].

³² *Ibid.*, p. 34.

Teniendo presente que existen diferentes conceptos de Estado, desde la perspectiva de Gallino: “el término e. (estado) se emplea a menudo para denotar el conjunto de una sociedad, es decir una determinada población con sus órganos de gobierno que ocupa un territorio delimitado del que están excluidas otras poblaciones.”³³

O la siguiente definición del Estado-nación que aparece en el Diccionario Enciclopédico de Sociología: “Estado políticamente soberano, cuya población constituye una nación étnica con una cultura relativamente unitaria (amplia identificación entre Estado y nación).”³⁴

Para Norberto Bobbio, Nicola Matteucci y Gianfranco Pasquino el Estado Moderno:

aparece como una forma de organización del poder históricamente determinada y, en cuanto tal, caracterizada por una filiación que la hace peculiar y diferente de otras formas también históricamente determinadas y, en su interior, homogéneas, de organización del poder.

El elemento central de tales diferenciaciones consiste, sin duda, en la progresiva centralización del poder por una instancia cada vez más amplia, que termina por comprender el ámbito entero de las relaciones políticas. De este proceso, basado a su vez en la afirmación concomitante del principio de la territorialidad de la obligación política y en la progresiva adquisición de la impersonalidad del mando político, a través de la evolución del concepto de *officium*, surgen los rasgos esenciales de una nueva forma de organización política: el e. moderno, precisamente.³⁵

Estas concepciones del Estado son muy limitadas para este trabajo puesto que no nos hablan de los actores que participan en él; hablan de un territorio, de los órganos de gobierno, de la población, de la nación, de la cultura relativamente unificada, pero no resaltan a los actores.

³³ Luciano Gallino, , *Diccionario de Sociología*, México, Siglo XXI Editores, Segunda edición en Español, Primera edición en Italiano, 1978, p. 389.

³⁴ Karl-Heinz Hillmann, *Diccionario Enciclopédico de Sociología*, España, Barcelona, Empresa Editorial Herder, 2001, p. 306.

³⁵ Norberto Bobbio; Nicola Matteucci; Gianfranco Pasquino, *Diccionario de Política*, México, Siglo XXI Editores, duodécima edición en español, 2000, primera edición en Italiano, 1976, p. 564.

Por ello se han elegido los siguientes significados de Estado debido a que se necesita un concepto de Estado en el que estén presentes los actores que participan en él, así como el concepto de dominación.

Por ello encontramos que:

Por *dominación* debe entenderse la probabilidad de encontrar obediencia a un mandato de determinado contenido entre personas dadas...La situación de dominación está unida a la presencia actual de *alguien* mandando eficazmente a *otro*, pero no está unida incondicionalmente ni a la existencia de un cuadro administrativo ni a la de una asociación; por el contrario, sí lo está ciertamente –por lo menos en todos los casos normales- a *una* de ambas. Una asociación se llama *asociación de dominación* cuando sus miembros están sometidos a relaciones de dominación en virtud del orden vigente.³⁶

Para Poulantzas el Estado “constituye la condensación de una relación de fuerzas entre las diversas clases sociales (...) es el centro de ejercicio del poder político.”³⁷

Siguiendo al mismo autor:

Respecto a las clases dominantes, y en particular a la burguesía, el Estado tiene un papel principal de *organización*. Representa y organiza la clase o clases dominantes, representa y organiza, en suma, el interés político a largo plazo del *bloque en el poder*, compuesto de varias fracciones de clase burguesas (porque la burguesía se divide en fracciones de clase), donde a veces participan clases dominantes pertenecientes a otros modos de producción pero presentes en la formación social capitalista...

El Estado constituye, por tanto, la unidad política de las clases dominantes: instaura estas como clases dominantes. Este papel fundamental de organización no concierne, por otra parte, a un solo aparato o rama del Estado (los partidos políticos), sino, en grados y a títulos diversos, al

³⁶ Max Weber, *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*, México, FCE, Primera edición en alemán 1922, Decimosexta reimpresión 2005, p. 43.

³⁷ Nicos Poulantzas, *Estado, poder y socialismo*, España, Editorial Siglo XXI, 1980, p. 316.

conjunto de sus aparatos, incluidos los aparatos represivos por excelencia (ejército, policía, etc.), que también participan en este papel.³⁸

La burguesía se presenta dividida en fracciones de clase. Estas fracciones se representan desigualmente en el ámbito de la dominación política y forman parte del **bloque en el poder**.³⁹

Desde otro punto de vista “el Estado es la forma bajo la que los individuos de una clase dominante hacen valer sus intereses comunes y en la que se condensa toda la sociedad civil de una época.”⁴⁰

Estas concepciones acerca del Estado sí toman en cuenta a los actores que lo conforman, es por eso que fueron elegidos para el presente trabajo. Si hablamos de actores, hablamos de los intereses que tienen las personas que se encuentran dentro del bloque de poder y de las decisiones que desde ahí se toman en materia de políticas públicas, en particular en materia de salud.

Relación entre neoliberalismo y salud

El proceso de privatización de la salud encuentra su lógica en el proyecto neoliberal que se implementa en México, por ello resulta central hablar de **neoliberalismo**.

El neoliberalismo es un proyecto en el que lo único que importa es que crezca la tasa de ganancia sin importar cuales sean las consecuencias para la población. Así en América

³⁸ *Ibid.*, p. 152.

³⁹ *Ibid.*, p. 153.

⁴⁰ C. Marx; F. Engels, *La ideología alemana*, México, (primera ed. en español 1958), 1979, cuarta reimpresión, p. 72.

Latina se toman una serie de medidas en las que el Estado cambia sus prioridades, algunas de estas medidas son la flexibilización laboral, la venta de las empresas paraestatales, la privatización de servicios como salud y educación, el auge de valores como el individualismo y la competitividad y el aumento de la militarización para evitar que la inconformidad de la población ponga en peligro la implementación de este proyecto.

Después de la Segunda Guerra Mundial el neoliberalismo nace reaccionando al Estado de Bienestar. Según Hayek y los neoconservadores, el nuevo igualitarismo que daba el Estado de bienestar era muy peligroso para la tasa de ganancia. En ese momento las ideas de Hayek no tuvieron tanta fuerza. Sin embargo, cuando llegó la crisis económica, de los setenta, estas ideas se hicieron vigentes. Según Hayek y quienes compartían su orientación ideológica la raíz de la crisis estaba en que los sindicatos hacían demasiada presión; por ello era necesario un Estado fuerte para controlar a los sindicatos pero que se ocupara muy poco en los gastos sociales. La estabilidad monetaria debía ser lo más importante, y el gasto social era secundario, debía de haber una tasa natural de desempleo para romper a los sindicatos, y para ayudar a las empresas debía haber reformas fiscales. Así la economía debía volver a marchar bien.⁴¹ También es importante señalar que el ideario del neoliberalismo tiene como un elemento central⁴² “el anticomunismo más intransigente de todas las corrientes capitalistas de posguerra.”⁴³

El neoliberalismo es además, según el mismo autor, “un movimiento ideológico a escala verdaderamente mundial, como el capitalismo jamás había producido en el pasado. Se trata de un cuerpo de doctrina coherente, autoconsistente, militante, lúcidamente decidido

⁴¹ Perry Anderson, “Balance del neoliberalismo: lecciones para la izquierda”. *Viento del Sur*, No. 6, Primavera de 1996, pp. 37-38.

⁴² *Ibid.*, p. 39.

⁴³ *Idem.*

a transformar todo el mundo a su imagen, en su ambición estructural y en su extensión internacional.”⁴⁴ Sus valores son la competitividad, el anticomunismo, y el individualismo.

Cuando comienza a aparecer el neoliberalismo en América Latina las capas sociales dominantes impusieron las medidas neoliberales puesto que concordaban con sus intereses: como el promover las exportaciones, acceder a los mercados de los diferentes países, tener una disciplina financiera, reduciendo el gasto público y conteniendo los salarios, todo esto afectando a la mayoría de la población. Había que integrar las economías nacionales a las internacionales para que quedaran libres de barreras, todo esto abriendo las puertas a las empresas extranjeras, privatizando las empresas estatales, reduciendo el gasto, el empleo y los servicios públicos para incrementar la tasa de ganancia. Había que tener ciertos valores como la competitividad y el individualismo. El neoliberalismo que llega a América Latina dice que el derrame del crecimiento global y no la distribución es la mejor estrategia para abatir la inflación y la deuda; para ello había que tener estabilidad económica, y habría que preocuparse de los resultados macroeconómicos por sobre el bienestar de las personas. Promete abrir el dinamismo económico gracias a la exportación y mientras todas las esperanzas se ponen en la exportación se justifican todas las medidas que sean necesarias: se privatizan actividades, se reduce el gasto público y se dan políticas salariales restrictivas.⁴⁵

A partir de la crisis de la deuda, en 1982 el neoliberalismo se inserta en todas las esferas de México. Para conseguirlo se han llevado a cabo diferentes medidas⁴⁶ como “La privatización de las empresas estatales, (...) el debilitamiento de las centrales obreras, la desregulación de la inversión extranjera, el aliento a la inversión privada, tanto nacional

⁴⁴ *Ibid.*, p. 44.

⁴⁵ Pedro Vuskovic, *Pobreza y desigualdad en América Latina*, México, CIIH/UNAM, 1993. pp. 89-107.

⁴⁶ Catalina Eibenschutz; Silvia Tamez; Claudia Bodek, *op. cit.*, pp. 47-48.

como internacional, así como la reducción del gasto social, (...)”.⁴⁷

Durante el neoliberalismo disminuyó ampliamente el gasto público. La gran austeridad del gobierno hizo que los gastos en salud y educación se recortaran mientras se financiaba a la iniciativa privada. En el caso de la salud, disminuyó el salario de los trabajadores, así como el presupuesto asignado a la seguridad social.⁴⁸

Hay un reacomodo en la clase dominante y un cambio en el papel del Estado. La clase dominante tiende a reagruparse entre el gran capital nacional y transnacional. El Estado cambia su papel, de un Estado desarrollista a un Estado neoliberal. En México el Estado neoliberal es un Estado que actúa para mantener altas las tasas de ganancia y las mejores condiciones para que el gran capital pueda desenvolverse sin problemas; se dejan de lado los derechos de las personas como la salud, educación y vivienda, el Estado deja de hacerse cargo de su papel de mediador entre el capital y el trabajo.

Al interior de la clase dominante se da también un proceso de reacomodo. Su perfil principal es el ascenso de un sector cuyo peso tiende a ser cada vez más prominente en las decisiones nacionales: banqueros, dueños de medios masivos de comunicación, grandes industriales de cemento, empresarios ligados a la telefonía, telecomunicaciones, grandes cadenas comerciales, etcétera. Es decir, el gran capital nacional ligado al gran capital transnacional pasa a ocupar un lugar relevante y directo en el ámbito de las decisiones políticas. Los sectores de la burguesía nativa subsidiaria del capitalismo de Estado que se nutrieron del modelo anterior pasan a un segundo plano tanto en las prioridades del modelo económico como en su relación con el poder.⁴⁹

⁴⁷ *Ibid.*, p. 48.

⁴⁸ Héctor Guillén Romo, *La contrarrevolución neoliberal en México*, México, Ediciones Era, Primera reimpresión 2000, pp. 101-102.

⁴⁹ Lucio Oliver, *et. al.*, “Neoliberalismo y política: la crisis mexicana”, en: *Estudios Latinoamericanos*, Año II, No. 4, México, Julio-Diciembre, 1995, p.130.

La modernización neoliberal mexicana prometió que se iba a llegar a un crecimiento económico, que se iban a sanear las finanzas y que se llegaría a la democracia. La realidad es que la reforma neoliberal del Estado se ha traducido en la transformación del bloque de poder alineado con el bloque norteamericano.⁵⁰

Todo lo anterior nos permitirá entender cómo en el contexto de la implementación del proyecto neoliberal en México, el Estado se deslinda de la responsabilidad de la salud de la población, instrumentando reformas a las instituciones de salud que se orientan a la privatización.

Neoliberalismo y políticas sociales

En el neoliberalismo la política social se considera algo secundario.⁵¹ Descentralizar, privatizar y focalizar son los ejes rectores con los que se elaboran las políticas sociales en el neoliberalismo.⁵²

La descentralización implica en teoría que las decisiones de política social se tomen por gobiernos de menor nivel, municipios, organizaciones no gubernamentales o habitantes organizados. El paso a la descentralización es complejo, por ejemplo, en los municipios de un día para otro se les dan atribuciones para las que no están preparados y para las

⁵⁰ *Ibid.*, p. 137

⁵¹ Teresa Albanez Barnola, "Towards a Social Agenda", en Colin Bradford (comp.), pp. 111-121. Citado en: Carlos Vilas, "De ambulancias, bomberos y policías: La política social del neoliberalismo (Notas para una perspectiva macro)", en: Bertha Lerner Sigal, *et.al.*, *Las políticas sociales de México en los años noventa*, México, UNAM-FLACSO-Plaza y Valdés, primera edición 1996, primera reimpresión 1998, p. 117.

⁵² Sonia Draibe, "Neoliberalismo y políticas sociales: reflexiones a partir de las experiencias latinoamericanas", *Desarrollo económico*, No. 134, V. 34, Sao Paulo, Brasil, Universidade Estadual de Campinas, julio-septiembre, 1994, p. 190.

que no cuentan con recursos.⁵³ Más bien la descentralización durante el neoliberalismo es un mecanismo para trasladar esa responsabilidad a los particulares para que el Estado deje de hacerse cargo de ello.

En México, la descentralización de los servicios de salud no trajo consigo buenos resultados, ya que esta política no se llevó a cabo para dar mayor autonomía a los servicios en cada estado sino para trasladar los costos hacia estos estados, rompiendo los mecanismos de equidad entre éstos.

La focalización consiste en ubicar a un grupo de personas para darles ciertos servicios que no se dan al resto de la población, esto significa romper con los derechos generales. Como veremos más adelante, la focalización es una estrategia que ayuda a legitimar entre la población las políticas neoliberales, esto sucede así porque en el caso de la salud con el Seguro Popular no se habla de focalización sino de universalización del derecho a la salud, aunque esto sea una mentira. La propaganda hace creer que los servicios son para todos. La focalización de los servicios de salud es muy útil para la propaganda aunque la calidad de los servicios esté en duda. Todo esto se verá más adelante cuando hablemos del Seguro Popular, un programa focalizado hacia los sectores más pobres del país.

Debido a la baja en los gastos sociales se busca llegar a los sectores más pobres⁵⁴ esto es la focalización: “De acuerdo con los representantes de la estrategia global neoliberal, es necesario optar por políticas sociales selectivas, dirigidas más bien a los sectores más pobres. Como contrapartida, el neoliberalismo también recomienda dejar a un lado las

⁵³ Carlos Vilas, De ambulancias, bomberos y policías: La política social del neoliberalismo (Notas para una perspectiva macro”, en: Bertha Lerner Sigal, *et.al.*, *Las políticas sociales de México en los años noventa*, México, UNAM-FLACSO-Plaza y Valdés, primera edición 1996, primera reimpresión 1998, pp. 124-125.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 121.

políticas sociales que pretenden una cobertura universal, es decir, la atención a todos los ciudadanos.”⁵⁵

La focalización:

se puede definir como la identificación, con la mayor precisión posible, de los beneficiarios potenciales para los cuales se han diseñado los programas, cumpliendo de esta manera los requisitos de impacto per cápita deseado, a través de la aplicación de los llamados <<paquetes básicos>> o atenciones esenciales. Con ella se busca superar la oferta o la intención de oferta heterogénea de servicios preventivos y curativos, y se desarticula la integralidad de la atención sanitaria ya que es limitativa a un mínimo de servicios públicos, sin contemplar necesidades fuera de las contempladas. Los grupos beneficiarios son acotados a través de procedimientos técnicos que pretenden establecer su condición de pobreza que los habilitaría a ser incluidos en este tipo de programas.⁵⁶

Para los neoliberales: “Se fundamenta la privatización en la necesidad de aliviar la crisis fiscal, incrementar la eficacia de la oferta de servicios y evitar las irracionalidades a que induce su gratuidad, tanto a nivel macroeconómico como microeconómico.”⁵⁷

En la privatización se va el concepto de lo público para dar paso a lo privado que se interesa por las ganancias y no por el bienestar de la población.⁵⁸

Cuando el Estado le deja el camino libre a las manos privadas para convertir lo público en privado, los servicios se hacen más caros. El Estado actúa para brindar servicios a la

⁵⁵ Bertha Lerner Sigal, “Globalización, neoliberalismo y política social”, en: Bertha Lerner Sigal, *et.al.*, *Las políticas sociales de México en los años noventa*, México, UNAM-FLACSO-Plaza y Valdés, primera edición 1996, primera reimpresión 1998, p. 31.

⁵⁶ Carolina Tetelboin; Arturo Granados, *op. cit.*, p. 33.

⁵⁷ Citado en: Carlos Vilas, *op. cit.*, p. 119.

⁵⁸ *Idem.*

población con un carácter público y con finalidades políticas. La iniciativa privada busca ganancias, pero intenta legitimarse asegurando que habrá criterios de racionalización y eficiencia.⁵⁹

Conceptos de ideología

Debido a que la privatización de los servicios de salud se acompaña de una campaña ideológica neoliberal que la encubre, se ha hecho una revisión sobre el concepto de **ideología**.

Según el Diccionario de Luciano Gallino la ideología es un conjunto de creencias en parte ciertas o falsas, actitudes de la naturaleza del hombre y de la sociedad, compartida en cierta medida por una clase social, un grupo de interés, una élite, entre otras.⁶⁰

Según el diccionario de Norberto Bobbio, Nicola Matteucci y Gianfranco Pasquino a la ideología se le dan significados diferentes pero se pueden identificar dos tipos generales de significado, que Norberto Bobbio ha llamado significado débil y significado fuerte. En su significado débil se designan los sistemas de creencias políticas: un conjunto de ideas que tienen como función guiar los comportamientos políticos colectivos. El significado fuerte tiene origen en el concepto de Marx “como falsa consecuencia de las relaciones de dominación entre las clases.”⁶¹

De los anteriores conceptos, rescatamos la idea de que la ideología se comparte en cierta medida por una clase social y que tiene que ver con las relaciones de dominación entre las clases.

⁵⁹ Bertha Lerner Sigal, *op. cit.*, p. 17.

⁶⁰ Luciano Gallino, *op. cit.*, p. 504.

⁶¹ Norberto Bobbio; Nicola Matteucci; Gianfranco Pasquino, *op. cit.*, p. 755.

Para Gramsci la ideología es un determinado sistema de ideas.⁶² Gramsci le da un papel muy importante a la ideología: “entendida como práctica productora de sujetos- en el proceso de transformación de una sociedad.”⁶³

Según Gramsci la ideología es "el terreno de una lucha incesante entre dos principios hegemónicos"⁶⁴, es decir, la ideología no es algo inamovible, es una lucha por imponerse a una sociedad.

Es además “un campo de batalla en el cual las clases principales luchan por apropiarse de los elementos ideológicos fundamentales de su sociedad para articularlos a su discurso.”⁶⁵

Utilizaremos el concepto de Gramsci porque da cuenta de la lucha entre diferentes actores por imponer su ideología, su manera de ver el mundo. En el caso de la privatización de la salud si la ideología se entiende como práctica productora de sujetos, la ideología en torno a la privatización de la salud produce sujetos que no tienen una conciencia crítica de esto porque la privatización se encubre con una campaña ideológica.

La ideología neoliberal posee un largo alcance,⁶⁶ debido a “su capacidad de abarcar todos los aspectos de la sociedad, y así desempeñar el papel de una visión

⁶² Antonio Gramsci, *Antología*, Selección, traducción y notas de Manuel Sacristán, Madrid, Siglo XXI Editores, Segunda edición, 1974, p.363.

⁶³ Chantal Mouffe, “Hegemonía, política e ideología”. En Julio Labastida Martín del Campo, (coord.) *Hegemonía y alternativas políticas en América Latina*. México, Siglo XXI Editores, 1985, primera edición, p. 130.

⁶⁴ Valentino Gerratana (ed.), *Antonio Gramsci, Quaderni del carcere*, I-IV, Turín, Einaudi, 1975. Cuaderno II, p. 1236. Citado en Chantal Mouffe, “Hegemonía, política e ideología”. En Julio Labastida Martín del Campo (coord.), *Hegemonía y alternativas políticas en América Latina*. México, Siglo XXI Editores, 1985, primera edición, p. 131.

⁶⁵ Chantal Mouffe, *op.cit.*, p. 131.

⁶⁶ Perry Anderson, *op. cit.*, p. 45.

verdaderamente hegemónica del mundo.”⁶⁷ Esto es así porque el neoliberalismo tiene un conjunto muy grande de medidas radicales posibles que pueden adaptarse a las circunstancias.⁶⁸ Los valores ideológicos sobre los que descansa son la individualidad, en la que cada individuo debe hacerse cargo de sus necesidades como mejor pueda, la promesa de que el neoliberalismo provocará un derramamiento de riqueza para toda la población –aunque sabemos que no es así-, presentando a las medidas neoliberales como la única solución a las crisis económicas, pregonando que los servicios públicos son ineficientes y malos y lo mejor es lo privado, entre otros.

El concepto de ideología es importante porque nos hará entender cómo se encubre la privatización de los servicios de salud con una campaña ideológica que nos hace creer que no existe tal privatización y que exalta la supuesta eficiencia, modernización y atención al ciudadano vía programas focalizados.

⁶⁷*Idem.*

⁶⁸ *Ibid.*, p.45.

Capítulo II

Antecedentes de la salud pública y el papel del Estado

Este capítulo tiene la finalidad de revisar los antecedentes de las instituciones de salud que hoy conocemos, como el IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud. Nos remontaremos hasta el Porfiriato para entender que en este período la atención a la salud era como un acto de caridad, esto nos interesa para darnos cuenta qué cambió la Revolución Mexicana en cuestiones de salud gracias a los mexicanos que participaron en ella, donde el Estado se vio obligado a hacer de la salud un derecho y fundó las instituciones de salud que hoy conocemos. Ahora vemos que en un corto lapso de tiempo estas instituciones comienzan a desmantelarse y privatizarse con el proyecto neoliberal.

Durante el porfiriato no existía un sistema de derechos sociales –entre ellos la salud– como el que ahora conocemos, la salud era entendida como un acto de la beneficencia, puesto que el Estado no se hacía cargo de ella. Esto es importante saberlo para evaluar el gran cambio que significó la Revolución Mexicana en cuanto a salud se refiere, puesto que esta se convirtió en un derecho.

Durante el porfiriato existió un desequilibrio económico puesto que la mayoría de los mexicanos estaban en la pobreza, mientras la riqueza se concentraba en pocas personas.⁶⁹

El Estado porfirista era liberal en su política económica pero profundamente conservador y autoritario políticamente⁷⁰: “El estado es controlado y utilizado en propio beneficio por una alianza de intereses entre la oligarquía tradicional, la burguesía comercial y

⁶⁹ Moisés González Navarro, *El Porfiriato. La vida social*, Tomo IV de la *Historia Moderna de México*. México, Editorial Hermes, 1957, p. XXX. Citado en: Patricia Olguín Alvarado, “Los Consultorios de la Beneficencia Pública una respuesta a la demanda colectiva de atención médica 1881-1940”, en Secretaría de Salud, *Cuadernos para la historia de la salud*, México, Oficialía Mayor, Centro de Documentación Institucional, Departamento de Archivo Histórico, 1993, pp. 59-60.

⁷⁰ Agustín Cueva, *El desarrollo del capitalismo en América Latina*, México, Siglo XXI Editores, (primera edición 1977, decimoséptima edición, 1999, p. 127.

financiera, algunos grupos intermedios vinculados a las primeras y en ascenso, y las empresas extranjeras. Esta constelación administra el país como su feudo privado...⁷¹”

Se les quita su tierra a los productores primarios y además se les contrata como fuerza de trabajo para las minas y plantaciones.⁷²

La prosperidad de unos cuantos contrasta con la miseria de una enorme mayoría.⁷³ Las tierras también se concentran en unas cuantas manos.⁷⁴ Los peones de las haciendas recibían un sueldo que tenían que cambiar en la tienda de raya, así a duras penas alcanzaba para la comida y el vestido. Los peones libres tenían siempre que estar preocupados por conseguir un trabajo. Los trabajadores de las plantaciones de algodón, azúcar, henequén y agave, trabajaban de sol a sol, y eran presa de la cárcel y de la servidumbre por deudas al patrón. La aristocracia de la industria, comercio y servicios, los banqueros y altos funcionarios conocieron la experiencia de enriquecerse rápidamente. El patrón no respetaba ni siquiera los domingos y el sueldo apenas alcanzaba para la familia y el trabajador.⁷⁵

Lo siguiente es el papel de la beneficencia cuando el Estado no se hace cargo de los derechos sociales, era un ejemplo de las formas focalizadas de la época porfirista.

⁷¹ Marcos Kaplan, *Formación del Estado nacional en América Latina*, Santiago de Chile, Ed. Universitaria, 1969, pp. 273-274. Citado en: Agustín Cueva, *El desarrollo del capitalismo en América Latina*, México, Siglo XXI Editores, (primera edición 1977, decimoséptima edición, 1999, p. 129.

⁷² Agustín Cueva, *op. cit.*, p. 135.

⁷³ Ignacio Bernal, *et.al.*, *Historia General de México*, México D.F., El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, Versión 2000, p. 681.

⁷⁴ *Ibid.*, p. 682.

⁷⁵ *Ibid.*, p. 683.

Dándose cuenta de los graves problemas de la población mexicana como el deterioro de la salud, por ejemplo, el director general de Beneficencia, doctor Miguel Alvarado el 19 de agosto de 1880 propuso un proyecto de consultas diarias para los pobres.⁷⁶

El proyecto se aprobó gracias a La Junta de Beneficencia y la Secretaría de Gobernación. El 3 de enero de 1881 se abrió el primer Consultorio de la Beneficencia Pública que ocupó parte del local que entonces pertenecía al Hospital de San Andrés.⁷⁷

La creación del siguiente consultorio se debió al higienista Eduardo Liceaga, quien en el “Proyecto del Hospital General de la Ciudad de México” propuso que se construyera otro consultorio.⁷⁸ En ese nuevo consultorio se atenderían enfermedades o accidentes sencillos de aliviar.⁷⁹

El Consultorio Central fue abierto en las instalaciones del desaparecido Hospital de maternidad. En 1905 se abrió el Hospital General.⁸⁰

Los objetivos de los consultorios subsecuentes fueron:

1. Ayudar a las clases más bajas.
2. Atender a quien necesitara atención médica esencial.

⁷⁶ Patricia Olguín Alvarado, “Los Consultorios de la Beneficencia Pública una respuesta a la demanda colectiva de atención médica 1881-1940”, en Secretaría de Salud, *Cuadernos para la historia de la salud*, México, Oficialía Mayor, Centro de Documentación Institucional, Departamento de Archivo Histórico, 1993, p. 60.

⁷⁷ Juan de Dios Peza, *La beneficencia en México*, México, Imprenta de Francisco Díaz de León, 1981, p. 129-133. Citado en: Patricia Olguín Alvarado, “Los Consultorios de la Beneficencia Pública una respuesta a la demanda colectiva de atención médica 1881-1940”, en Secretaría de Salud, *Cuadernos para la historia de la salud*, México, Oficialía Mayor, Centro de Documentación Institucional, Departamento de Archivo Histórico, 1993, p. 60.

⁷⁸ Patricia Olguín Alvarado, *op. cit.*, p. 61.

⁷⁹ *Memorias del II Congreso Médico Pan-americano verificado en la Ciudad de México, D.F., noviembre 16-19 de 1896*. Vol. II., México, Hoeck y Compañía Impresores y Editores, 1898, pp. 853-855. Citado en: Patricia Olguín Alvarado, “Los Consultorios de la Beneficencia Pública una respuesta a la demanda colectiva de atención médica 1881-1940”, en Secretaría de Salud, *Cuadernos para la historia de la salud*, México, Oficialía Mayor, Centro de Documentación Institucional, Departamento de Archivo Histórico, 1993, p. 61.

⁸⁰ Patricia Olguín Alvarado, *op. cit.*, p. 61.

3. En colaboración con la Universidad Nacional, llevar a los alumnos a los consultorios para adquirir práctica en lo concerniente a su carrera.
4. Darles a los enfermos ayuda moral y ayuda material, como dar medicinas.⁸¹

Como explicamos en un párrafo anterior son estos los programas focalizados de aquel entonces, por ejemplo: se habla de ayudar pero no a todos, sino a las clases más bajas, además de atender a quien necesitara sólo atención médica esencial.

En 1908 se dio la apertura del Consultorio número 2 en la casa número 78 de la calle Guatemala. En 1913 se abrió el Consultorio número 3 en un edificio de la quinta calle de Manrique.⁸² En 1916 se implantó una cuota de \$1.50, pues la Junta Directiva de Beneficencia Pública tomó esa decisión. La cuota se cobraría exceptuando aquellas personas que se consideraban realmente indigentes.⁸³ Los alumnos de la Universidad Nacional se hicieron responsables de atender la Clínica de Pediatría que se abrió en 1923.⁸⁴ En 1925 abrió sus puertas el Consultorio número 4 en la calle Manuel Díaz Covarrubias número 23. En 1927 en el local número 17 de la calle Arcos de Belén, se abrió el Consultorio número 5.⁸⁵

Veamos las carencias que tenían estos consultorios:

En suma, los reportes acerca de anomalías en los consultorios se referían a los inmuebles, ya que éstos eran inadecuados e incómodos (por su distribución interna), se encontraban desaseados, habían sufrido desperfectos y tenían alumbrado deficiente; a la escasez de recursos profilácticos; a faltantes de medicamentos que ocasionaban confusiones frecuentes en

⁸¹ *Ibid.*, p. 62.

⁸² *Ibid.*, p. 63.

⁸³ *Ibid.*, p. 64.

⁸⁴ *Ibid.*, pp. 64-65.

⁸⁵ *Ibid.*, p. 65.

la farmacia; asimismo, se reportaba la insuficiencia constante de personal y las irregularidades en el cumplimiento de los horarios de servicio.⁸⁶

Todo esto nos habla de la falta de un sistema de salud organizado que de verdad cubriera las necesidades de todos los mexicanos, vemos además que lo que se construyó para los pobres tenía una mala calidad para ellos. En el porfiriato la salud no fue una prioridad sino un acto de caridad.

La salud en el desarrollismo mexicano

La atención a la salud en México no siempre ha sido igual, ya que bajo un capitalismo desarrollista con algunos rasgos populistas en el caso mexicano, la atención se dio de una forma: el Estado se hizo cargo de ella para ciertos sectores sociales y hubo una concepción pública de la salud. Ahora bajo el capitalismo neoliberal ésta es de otra manera: el Estado se deslinda de la salud y ésta entra en un proceso de privatización.

Para entender el proceso de privatización de la salud es necesario establecer algunas características del proyecto y el Estado posrevolucionarios en México -proyecto bajo el que nacieron las instituciones de salud que hoy conocemos-, entender como se relacionó el Estado posrevolucionario con la salud, y cómo cambia esta relación bajo el proyecto y Estado neoliberales.

En México los derechos como la salud se establecieron gracias a la Revolución Mexicana y se plasmaron en la Constitución de 1917, después llegarían las ideas cepalinas –ideas de la Comisión Económica para América Latina- que en algunos puntos coincidían con las ideas posrevolucionarias.

⁸⁶ *Ibid.*, pp. 67-68.

Para empezar, revisaremos cuáles eran los planteamientos de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) respecto a las economías latinoamericanas.

La CEPAL es una comisión que difunde la teoría del desarrollo planteada por Estados Unidos y los países de Europa cuando terminó la Segunda Guerra Mundial.⁸⁷ La aportación más grande de la CEPAL fue que criticó a la teoría clásica del comercio internacional.⁸⁸ Este instituto hablará de que desde 1870 se observa un deterioro en los términos de intercambio que afecta a los países subdesarrollados que exportan productos primarios.⁸⁹

Según planteaba la CEPAL el objetivo primordial al que los países deberían llegar, era la industrialización. Ésta sería capaz de localizar la fuerza de trabajo, al elevar los salarios, el mercado interno crecería, con ello habría una mejor producción y se terminarían las transferencias desiguales de valor. La industrialización se llevaría a cabo por una sustitución de importaciones de bienes manufacturados.⁹⁰

Por tanto en esas décadas las ideas de la CEPAL fueron el modelo de las políticas públicas en los países de América Latina y por supuesto en México. Lo central es el papel que se le asigna al Estado con su idea de inversión pública en todos los aspectos.

En México, cuando cambia la composición del bloque en el poder, cambia la forma del Estado, y con ello la forma en que éste se relaciona con la salud. De ahí que las instituciones públicas de salud que fueron creadas por un Estado desarrollista se encuentren en crisis ahora, en el contexto de la implementación del proyecto neoliberal.

⁸⁷ Ruy Mauro Marini, “La crisis del desarrollismo”, en Ruy Mauro Marini; Mária Millán (coords.), *La Teoría Social Latinoamericana. Tomo II. Subdesarrollo y Dependencia*, México, Ediciones El Caballito, 1994, p. 136.

⁸⁸ *Ibid.*, p. 140.

⁸⁹ *Idem.*

⁹⁰ *Ibid.*, p. 143.

El Estado desarrollista mexicano respondía a un capitalismo cuyas prioridades eran la industrialización, el desarrollo del mercado interno y la formación de capital humano para el desarrollo nacional y mediaba la relación entre el capital y el trabajo aunque por medio del sindicalismo blanco. De ahí la importancia de que el Estado garantizara el mantenimiento de las condiciones necesarias para reproducir la fuerza de trabajo, indispensable para el proyecto industrializador que estaba en marcha en ese momento; condiciones entre las que se encontraban la salud, la estabilidad laboral, ciertos niveles salariales, pago de pensiones, entre otras, que fueron reconocidas por ese Estado posrevolucionario como derechos que se veía obligado a garantizar. Como señala González Casanova:

En algunos casos fue apremiante hacer concesiones a los obreros más fuertes. Las concesiones a los obreros fuertes mostraron ser tan necesarias como cierto tipo de concesiones selectivas a campesinos exigentes y fuertes. Así surgió la política popular y populista, el nuevo compadrazgo popular, el nuevo clientelismo y corporatismo o gremialismo que beneficiaba a una parte de campesinos, obreros, empleados, pequeños comerciantes a través de sus jefes y líderes.⁹¹

Por ello la salud para los trabajadores asalariados representaba sólo una parte de una serie de servicios incluidos en un esquema de seguridad social del cual se hacían cargo instituciones creadas especialmente para ello.

El Estado populista aparece como “el centro de poder de un sistema de fuerzas heterogéneas.”⁹² Para ampliar su poder, la burguesía industrial y el proletariado naciente unen sus fuerzas. Esta alianza se hace contra los restos de las burguesías agropecuaria,

⁹¹ Pablo González Casanova, *El Estado y los partidos políticos en México*. México, Ediciones Era, 1999 sexta reimpresión, p. 106.

⁹² Octavio Ianni, *La formación del Estado populista en América Latina*, México, Serie popular Era, 1980, segunda edición, pp. 137-138.

comercial y financiera. A veces una parte de esas fuerzas hacen alianzas con los nuevos gobiernos.⁹³

En el juego con las masas asalariadas, el gobierno populista está obligado a poner en práctica o establecer las condiciones institucionales mínimas al ejercicio de la ciudadanía, por parte de esas masas. La sindicalización, las fiestas remuneradas, la asistencia médica, la protección a la obrera embarazada y a la maternidad, la escuela primaria gratuita, el voto en las elecciones municipales, estatales y nacionales, la protección de los códigos en las disputas con los patrones, los locatarios y los particulares, la libertad de ir y venir son algunos de los derechos mínimos a los que las masas pasan a tener acceso, aunque de manera desigual e incompleta. En especial, a medida que se formalizan y ponen en práctica las normas de oferta y demanda de fuerza de trabajo en el mercado, se establecen también las condiciones socioculturales y políticas indispensables a la ciudadanía.⁹⁴

En el caso particular de México el período desarrollista adquiere las características del populismo. A las características del desarrollo industrializador y generalización de política social se suma la particularidad del control vertical de la población. Una de las características del Estado populista “es la combinación singular de los sistemas de movilización y control de las masas asalariadas urbanas –a veces también rurales- con el aparato estatal, específicamente el poder ejecutivo.”⁹⁵

⁹³ *Ibid.*, p. 138

⁹⁴ *Ibid.*, p. 139-140.

⁹⁵ *Ibid.*, p 138.

El surgimiento de las instituciones de salud actuales

Las instituciones de salud que actualmente conocemos surgieron con la consolidación del Estado posrevolucionario. Veamos como la salud deja de ser un acto caritativo para después de la Revolución convertirse en un derecho.

De esta manera la relación masas Estado significó no sólo el fortalecimiento del intervencionismo estatal, sino también el logro, a través de movilizaciones, de las reivindicaciones de campesinos y obreros como, la reforma agraria y la organización sindical. Esto marcó el cambio en la concepción del mejoramiento de los pobres, el que era entendido como actos caritativos efectuados por el Estado y la Iglesia. El mejoramiento de los trabajadores sería ahora planteado como el resultado de una lucha activa y organizada bajo la dirección estatal. La beneficencia (sic) se sustituyó por lo que se llamó “la asistencia social como deber de todos”, como resultado de la colaboración mutua de masas y Estado. Esta última instancia tendría como una de sus funciones fundamentales la producción de los servicios de salud, desplazando con ello la importancia que los particulares habían tenido hasta el siglo pasado.⁹⁶

La Constitución de 1917 vigente hasta hoy, reconoce el derecho a la salud en el artículo 123 cuando establece en su apartado A:

“XXIX. Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.”⁹⁷

Lo anterior regirá entre “los obreros, jornaleros, empleados domésticos, artesanos y de una manera general, todo contrato de trabajo.”⁹⁸

⁹⁶ Ma. Soledad Cruz Rodríguez, “Los Hospitales en la Ciudad de México: de la Caridad Cristiana a la Seguridad Social”, *Sociológica*, Año 2, Número 4, México D.F., UAM-A, verano de 1987, p. 117.

⁹⁷ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Estado de México, Ediciones Leyenda, 2008, p.118.

⁹⁸ *Ibid.*, p.114.

También reconoce el derecho a la salud cuando establece en el mismo artículo, apartado B, fracción XI:

La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:

a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte.

b) En caso de accidente o enfermedad, se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la ley.

c) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.

d) Los familiares de los trabajadores tendrán derecho a asistencia médica y medicinas, en los casos y en la proporción que determine la ley.

e) Se establecerán centros para vacaciones y para recuperación, así como tiendas económicas para beneficio de los trabajadores y sus familiares.

f) Se proporcionarán a los trabajadores habitaciones baratas, en arrendamiento o venta, conforme a los programas previamente aprobados. Además, el Estado, mediante las aportaciones que haga, establecerá un fondo nacional de la vivienda a fin de constituir depósitos en favor de dichos trabajadores y establecer un sistema de financiamiento que permita otorgar a éstos crédito barato y suficiente para que adquieran en propiedad habitaciones cómodas e higiénicas, o bien para construir las, repararlas, mejorarlas o pagar pasivos adquiridos por estos conceptos.

Las aportaciones que se hagan a dicho fondo serán enteradas al organismo encargado de la seguridad social regulándose en su ley y en las que corresponda, la forma y el procedimiento

conforme a los cuales se administrará el citado fondo y se otorgarán y adjudicarán los créditos respectivos;⁹⁹

Lo anterior aplicará entre “los Poderes de la Unión, el Gobierno del Distrito Federal y sus trabajadores.”¹⁰⁰

Es en el contexto del desarrollismo antes mencionado donde parte el sistema de salud actual. En un inicio el Estado por falta de recursos para la atención a la salud, se enfocó en recomponer el Departamento de Salubridad Pública, creado en 1917, reuniendo más instituciones que trabajaban de manera independiente como instituciones religiosas y organizaciones de caridad: “El gobierno restringió sus acciones a reglamentar las instituciones existentes, públicas y privadas, que prestaban atención médica. Las políticas se dirigían en especial a mejorar la higiene en zonas urbanas y a combatir enfermedades contagiosas.”¹⁰¹ En 1930 hay una consolidación posrevolucionaria del sistema estatal mexicano. Ante la diversidad de instituciones que se tenían que regular, en 1937, se creó la Secretaría de Asistencia Pública que con el Departamento de Salubridad Pública coordinaron la atención a la salud. Se atendió en especial a los niños, a los trabajadores del Estado y a la milicia. También se atendió a la salud de campesinos pertenecientes a cooperativas vinculadas con el gobierno.¹⁰² De esta manera:

Durante el periodo de gobierno del presidente Lázaro Cárdenas, el concepto de beneficencia fue sustituido por el de asistencia y con la aplicación de éste último se consideró a los menesterosos como atacados por debilidades sociales e individuales, lo cual originaba su ruina económica, misma que no les permitía cubrir correctamente sus necesidades ni las de sus familiares. Por

⁹⁹ *Ibid.*, p. 121.

¹⁰⁰ *Ibid.*, p. 120.

¹⁰¹ Secretaría de Salud, *op. cit.* 1, p. 22.

¹⁰² *Idem.*

ello se comenzó a luchar para reincorporarlos al proceso de producción del país mediante el mejoramiento del sistema educativo y asistencial.¹⁰³

Se tuvo la necesidad de coordinar todas las instituciones en una sola que las organizara. Por eso el 31 de diciembre de 1937 el presidente Cárdenas reordenó las instituciones de salud, así realizó un decreto donde se creaba la Secretaría de Asistencia Pública, en la que fusionó la Junta de Beneficencia Pública y el Departamento de Asistencia Social Infantil y a la que se adscribió la Junta de Beneficencia Privada.¹⁰⁴

La estructura de los servicios de salud se realizó con una gran variedad de instituciones; finalmente el sistema se consolidó en la década de los cuarenta, cuando se fusionaron la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública. Se creó en lugar de ellas la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en 1943. Esto con la función de atender a los pobres y ampliar la cobertura.¹⁰⁵

Durante 1943 se promulga la Ley del Seguro Social que hace nacer al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). De la población obrera se haría cargo el IMSS, y de los campesinos la SSA.¹⁰⁶ En julio de 1943 inició la afiliación de trabajadores al IMSS en el Distrito Federal¹⁰⁷, “extendiéndose a la región de Puebla en 1945; a la de Monterrey, Nuevo León, en agosto siguiente; a la de Guadalajara, Jalisco, en abril de 1946; a la de

¹⁰³ José Álvarez Amézquita, *et al.*, *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*. Tomo III. México, SSA, 1960, p. 552. Citado en: Patricia Olguín Alvarado, “Los Consultorios de la Beneficencia Pública una respuesta a la demanda colectiva de atención médica 1881-1940”, Secretaría de Salud, *Cuadernos para la historia de la salud*, México, Oficialía Mayor, Centro de Documentación Institucional, Departamento de Archivo Histórico, 1993, pp. 69-70.

¹⁰⁴ Miguel E Bustamante, *Hechos relevantes de la Historia de la Salud Pública en México*. México, SSA, 1983, p. 5. Citado en: Patricia Olguín Alvarado, “Los Consultorios de la Beneficencia Pública una respuesta a la demanda colectiva de atención médica 1881-1940”, Secretaría de Salud, *Cuadernos para la historia de la salud*, México, Oficialía Mayor, Centro de Documentación Institucional, Departamento de Archivo Histórico, 1993, p. 70.

¹⁰⁵ Secretaría de Salud, *op. cit.* I, p. 22.

¹⁰⁶ VM. Vázquez; MF. Merino; R. Lozano, *op.cit.*, p. 1.

¹⁰⁷ Rolando Neri Vela, “La salud en México durante los años 1941 a 1981”, en Guillermo Fajardo Ortiz, *et al.*, *Perspectiva histórica de atención a la salud en México 1902-2002*, [en línea] México, Organización Panamericana de la Salud, 2002, Primera edición, Dirección URL: <http://www.mex.ops-oms.org/documentos/antecedentes/perspectivas.pdf>, p. 88. [consulta: 21 de noviembre de 2008].

Orizaba, Veracruz, en marzo de 1947; y a los municipios aledaños a la circunscripción del Distrito Federal, en marzo de 1948.”¹⁰⁸

La Seguridad Social para los trabajadores que formaban parte de la economía formal contaba con acceso exclusivo a servicios médicos y a un sistema de pensiones.¹⁰⁹

El IMSS cubrió el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; “seguro de enfermedades generales y maternidad, y seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.”¹¹⁰

El IMSS se encargó los 10 primeros años de su vida en atender a trabajadores del medio urbano. Hasta 1954 se encargó de trabajadores del campo. Se hizo un documento para regular el régimen del seguro social para los trabajadores del campo de Sonora, Sinaloa y Baja California, que tenían una agricultura más avanzada que el resto del país. Pero las diferencias entre los trabajadores urbanos y los campesinos hicieron difícil que la seguridad social se aplicara a los trabajadores del campo.¹¹¹

Dada la importancia creciente de los trabajadores del Estado, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es creado el 1 de enero de 1960,¹¹² “para prestar servicios de salud y otro tipo de beneficios de la seguridad social, monetarios y en especie, a los trabajadores del Estado.”¹¹³ Los antecedentes de esta

¹⁰⁸ *Idem.*

¹⁰⁹ Secretaría de Salud, *op. cit.* I, p. 22.

¹¹⁰ Rolando Neri Vela, *op. cit.*, p. 88.

¹¹¹ *Ibid.*, p. 90

¹¹² *Ibid.*, p. 79.

¹¹³ Secretaría de Salud, *op. cit.* I, p. 22.

institución “fueron la fundación de la Dirección de Pensiones Civiles y de Retiro (1925), su ampliación (1957) y la incorporación de distintas dependencias del gobierno.”¹¹⁴

En esos años también se crean servicios especiales para atender a otros sectores clave para el proyecto populista como los trabajadores de PEMEX y las Fuerzas Armadas.

El Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM):

fue creado por ley del 28 de marzo de 1976, publicada en el *Diario Oficial* el 29 de junio siguiente. Este ordenamiento abrogó la Ley de Retiros y Pensiones Militares del 30 de diciembre de 1955, el decreto que creó la Dirección de Pensiones Militares del 26 de diciembre de 1955 y la Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas del 30 de diciembre de 1961. El ISSFAM es un organismo público descentralizado federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio.¹¹⁵

Se construyeron los Institutos Nacionales de Salud a quien se les puso “las joyas de la corona”, esto por la calidad de la atención y por la tecnología de punta que ahí existía. Las Instituciones también se ocuparon de la formación de profesionales incluso a nivel internacional, por eso es que eran ampliamente reconocidos.¹¹⁶

El Médico Elías Moreno Brizuela señalaba que los hospitales contaban con tecnología de punta, que tenían muy buenos equipos, médicos bien pagados y que recibían recursos del gobierno y donaciones de fundaciones y particulares.¹¹⁷

Los servicios de salud se distribuyeron de manera que quedaron concentrados en las ciudades –particularmente en la Ciudad de México-.¹¹⁸

¹¹⁴ Rolando Neri Vela, *op. cit.*, p. 79.

¹¹⁵ *Ibid.*, p. 91.

¹¹⁶ Miguel Robles; Rodrigo Vera, “En el abandono”, *Proceso*, No. 1411, 16 de noviembre de 2003, pp. 36, 38.

¹¹⁷ *Ibid.*, p.38.

¹¹⁸ Secretaría de Salud, *op. cit. I*, p. 23.

Todos estos servicios tienen unas décadas de funcionamiento y en un periodo corto de tiempo se desmantelan y se privatizan.

En los años sesenta comenzaron a evidenciarse las diferencias en la atención de los servicios de salud. Se hicieron modificaciones en la Ley del Seguro Social para incorporar a los trabajadores del campo en algunos elementos de la Seguridad Social. En su gran mayoría esto no funcionó, así se hizo más amplia la brecha entre la población asegurada y la que no lo era.¹¹⁹

Estas diferencias fueron el reflejo de lo que no se había podido resolver con el tiempo como eran la igualdad entre campesinos y trabajadores de la ciudad al recibir atención médica y otras prestaciones.

Incorporar a los trabajadores del campo en algunos servicios de la Seguridad Social no funcionó, todo esto porque los trabajadores de campo no tienen un sueldo fijo y sus entradas de dinero son fluctuantes, además, una gran parte de los campesinos viven en zonas aisladas donde no existen clínicas para atenderlos.

Así se creó un sistema de servicios esenciales, todo esto a través del esquema IMSS-COPLAMAR a partir de 1979, llamado después IMSS-Solidaridad- en 1990-, y luego IMSS-Oportunidades –en 2002-.¹²⁰ Este esquema se dirigió a las personas de escasos recursos de zonas rurales y urbanas.¹²¹

El convenio IMSS-COPLAMAR fue firmado a mediados de 1979; en él se establece que:

el Instituto Mexicano del Seguro Social llevaría a cabo un programa de atención médica dirigido a 10 millones de mexicanos que vivían en zonas marginadas, en coordinación con el Plan

¹¹⁹ *Idem.*

¹²⁰ IMSS, *Capítulo VIII. Programa IMSS-Oportunidades*. [en línea], s/lugar de edición, Dirección URL: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/7709ADC4-3997-4571-AD1B-601B0F9254AF/0/CapituloVIII2004.pdf> pp. VIII.1, VIII.2.

¹²¹ Secretaría de Salud, *op. cit.* I, p. 23.

Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR). Para tal fin se programó construir una red de 2 000 unidades médicas y 52 clínicas de campo que se ubicarían en zonas indígenas, áridas regiones ixtleras, así como en áreas marginadas de las ciudades. El programa no incluía prestaciones de seguridad social de ningún tipo; sólo cubría atención médico-farmacéutica, así como cirugía y hospitalización, a cambio de trabajos personales para beneficio de las comunidades asignadas.¹²²

Es ahí donde comienzan los servicios focalizados hacia las personas más pobres. A pesar de que se reconoció el derecho a la salud y crecieron las instancias de atención de salud nunca se logró la cobertura universal.

En este capítulo hemos planteado cómo era la atención a la salud en el porfiriato -que era de la beneficencia, un servicio casi de caridad- para poder contrastar esta atención con lo que pasó con la Revolución Mexicana, donde gracias a la lucha del pueblo mexicano el Estado posrevolucionario se vio obligado a ver a la salud como un derecho, como algo público del que tenía que hacerse cargo, por eso se constituyeron las instituciones de salud que hoy conocemos.

La crisis del desarrollismo y su impacto en el Sistema de Salud

Después de una década de crecimiento, en los años sesenta se presenta la crisis en Latinoamérica.¹²³

Las desigualdades que a nivel internacional se observan en el mundo capitalista alcanzan en el interior de México un orden de magnitud semejante. Al lado del crecimiento de fábricas, tecnologías, polos de desarrollo, barrios de clases acomodadas, crecen los “cinturones de miseria”, las zonas y clases paupérrimas, superexplotadas o desempleadas. La explotación misma de la naturaleza, el crecimiento desordenado de las ciudades, con aglomeraciones de

¹²² Rolando Neri Vela, *op. cit.*, p. 89.

¹²³ Ruy Mauro Marini, *op. cit.*, p. 145.

pobres y enormes concentraciones de automóviles; el escaso desarrollo de los transportes y servicios públicos, todo es la imagen de un desarrollo extremadamente desigual, que combina las más antiguas formas de explotación y dominación con las más modernas. Sólo la combinación de esas desigualdades, su ordenamiento en un sistema económico, político y social sui generis, explica la larga estabilidad del país. Esa combinación o sistema, más comúnmente conocido como “modelo” es lo que entró en crisis a finales de la década de los sesentas y a mediados de los setentas.¹²⁴

Al comenzar la década de 1960, se inicia una crisis económica que se intensificará en los setenta y que afectó a la mayoría de los países latinoamericanos. Además la industrialización se llevó a cabo sobre la economía exportadora, no hubo reformas estructurales para que la industrialización se llevara a cabo de la mejor manera posible.¹²⁵

Nuestro objetivo fue saber cual era el antecedente de las instituciones de salud que hoy conocemos y que pasa con estas instituciones en el neoliberalismo.

Al hablar del Estado populista y la salud no se pretende decir que la manera en la que ese Estado otorgaba servicios de salud es un modelo a seguir, como señala Valencia: “El panorama de la salud en México es aún más alarmante si tomamos en cuenta que en la estrategia del neoliberalismo se acaba con los servicios de salud que incluso un Estado de corte autoritario como el Estado populista mexicano se veía obligado a otorgar a ciertos sectores sociales.”¹²⁶

También se pretende comprender por qué algunas instituciones que fueron creadas bajo el proyecto desarrollista, se desmantelan, abandonan y privatizan en el contexto del proyecto neoliberal al volverse incompatibles con el funcionamiento del mismo. El sistema de salud bajo el proyecto desarrollista fue profundamente desigual porque por un

¹²⁴ Pablo González Casanova, *op. cit.*, p. 89.

¹²⁵ Ruy Mauro Marini, *op. cit.*, p. 145.

¹²⁶ Ana Valencia, “La privatización encubierta de los servicios de salud”, *Trabajadores*, Año 10, No. 54 México, Universidad Obrera de México, Mayo-Junio 2006, p. 25.

lado se crearon instituciones de seguridad social para atender a sectores específicos de la población, mientras por el otro gran parte de la población mexicana permaneció sin seguridad social. Esta población que –en teoría- sería atendida por la Secretaría de Salud, en muchos casos ni siquiera tuvo acceso a servicios médicos básicos. La dotación de servicios de salud y seguridad social para algunos sectores de la población sirvió también como una forma de legitimación para el Estado.

Ciertamente el Estado desarrollista mexicano otorgaba servicios de salud para una parte de los mexicanos; pero no se trata de un Estado que representara los intereses populares. Hablamos de un Estado capitalista donde, si existe una cierta visión de la salud como una responsabilidad pública, es porque ésta era una conquista de los sectores populares que participaron en la Revolución que ese Estado se veía obligado a reconocer.¹²⁷

Y porque ese tipo de capitalismo -apoyado en la industrialización y el desarrollo del mercado interno- requería de cierta distribución de los recursos y del mantenimiento de las condiciones necesarias para reproducir la fuerza de trabajo explotable como salud, estabilidad laboral, ciertos niveles salariales, pago de pensiones, entre otras.¹²⁸

Veamos como funcionaba la vida de los trabajadores en el país:

El trabajador sindicalizado pertenecía al partido del Estado, y sobre él se ejercían múltiples controles gubernamentales, patronales y de líderes-asociados, capacitados en la negociación de la fuerza de trabajo. La clase obrera estaba fraccionada y no presentaba la menor oposición política como clase. De un lado existían los trabajadores organizados que con sus luchas habían impuesto sistemas de seguridad social, derechos laborales y derechos políticos a la vez reales y limitados. Las organizaciones de esos trabajadores eran parte del Estado. La efectividad de cualquiera de las prestaciones que recibían o de los derechos de que efectivamente gozaban

¹²⁷ *Ibid.*, p.26.

¹²⁸ Víctor Flores Olea; Abelardo Mariña Flores, *Crítica de la globalidad. Dominación y liberación en nuestro tiempo*, México, FCE, 1999. pp. 531-532.

cumplía un doble papel: de una parte los separaba de la inmensa masa de trabajadores pobres carentes de esos privilegios relativos, de otro los sujetaba a los límites impuestos por el sindicalismo oficial, ligado a la organización del Estado, del poder y la producción, y cuidadoso de no llevar las demandas obreras a puntos de ruptura.¹²⁹

Esto explica porqué se privilegia la atención a sectores específicos de la sociedad que en ese momento representaban una pieza clave para el desarrollo económico; de ahí que el Sistema de Salud haya nacido fragmentado: por un lado se crean instituciones para atender a obreros, trabajadores del Estado y Fuerzas Armadas y por el otro, el resto de la población se deja a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia -hoy Secretaría de Salud-, de modo que un amplio sector de mexicanos se encontraba sin seguridad social y con grandes dificultades para acceder incluso a servicios médicos básicos.

Lo anterior refleja cómo era la estratificación del sistema de salud en cuanto a calidad de atención se refiere. Por una parte los trabajadores derechohabientes de alguna institución pública de salud, recibían atención a la salud, mientras que el resto se atendían –si es que podían-, en la Secretaría de Salud donde la calidad no era buena; el resto de las personas ni siquiera podían ser atendidas.

Si el Estado populista asumía la responsabilidad de la salud y la seguridad social para ciertos sectores de la población, y de esa forma existía una cierta visión de la salud como derecho, como una responsabilidad pública y sobre todo como parte fundamental del desarrollo del país, en el contexto de la implementación del proyecto neoliberal en México, el Estado se deslinda de la responsabilidad de la salud, tomando medidas que se articulan en un proceso de privatización como veremos en el siguiente capítulo.

Con la implementación del neoliberalismo, algunas instituciones de salud que fueron creadas en el contexto del proyecto populista dejan de ser compatibles con el proyecto neoliberal.

¹²⁹ Pablo González Casanova, *op. cit.*, p. 178.

Capítulo III

La privatización encubierta

En este capítulo se hará una caracterización del Estado neoliberal para comprender su relación con la privatización de la salud. Veremos cómo se ha llevado a cabo la privatización de la salud en México; para ello estudiaremos cuáles han sido las reformas que se han realizado en las instituciones de salud y seguridad social que nos permiten hablar de un proceso de privatización de la salud. El bajo gasto público en salud, la mala calidad en la atención, la sobresaturación y la privatización de las pensiones son elementos que tienen que ver con dicha privatización. Veremos también algunos indicadores que nos muestran que la situación de crisis y de abandono por la que atraviesan estas instituciones es parte de su proceso de desmantelamiento.

La salud y el Estado neoliberal

En México cambia la composición del bloque en el poder y cambia la forma del Estado, y con ello la forma en que se brinda atención a la salud. De ahí que las Instituciones de Seguridad Social que fueron creadas por un Estado de corte desarrollista se encuentren en crisis ahora, en el contexto de la aplicación del proyecto neoliberal.

Garantizar algunos derechos para los trabajadores, como el derecho a la atención de la salud, deja de ser una necesidad para la acumulación capitalista, por el contrario, ahora se convierte en un obstáculo para poder obtener ganancias.¹³⁰ Ello explica la reducción del gasto público en salud, la descentralización, la subrogación de servicios, la mala calidad en la atención y la privatización de las pensiones.

¹³⁰ Ana Valencia, *op. cit.*, p. 26.

Al Estado ya no le interesan las políticas públicas porque ya no necesita distribuir la riqueza y el desempleo debilita a los trabajadores para que puedan luchar por sus derechos:

La residualización de la política social conlleva una concepción diametralmente opuesta y una nueva configuración de la política social en la que prácticamente no se contempla la vertiente socioeconómica (en tanto que no se considera una responsabilidad del Estado impulsar la protección del empleo y el salario); la vertiente servicios-beneficios se reduce drásticamente a través de la contracción del gasto social, de la privatización selectiva y de la descentralización de los servicios públicos; y la vertiente asistencial-promocional se constituye en el elemento central de la política social a través de programas focalizados dirigidos específicamente a la población en situación de pobreza extrema.¹³¹

La versión más radical del neoliberalismo considera que el individualismo florecerá cuando se disgreguen los grupos organizados, cuando ya no exista la defensa de los intereses colectivos ni la presencia de los derechos, ni las instituciones de bienestar social.¹³²

En este Estado de corte neoliberal en el bloque en el poder se encuentran los empresarios transnacionales, los grandes empresarios nacionales ligados al sector exportador, y el capital financiero. Las ganancias dejaron de estar en el mercado interno y la industrialización, ahora se encuentran en la exportación y la actividad financiero-especulativa. El nuevo patrón de acumulación requiere de una excesiva concentración de la riqueza y de la flexibilización laboral -que permite maximizar las ganancias por medio de la explotación del trabajador-.

¹³¹ Mercedes Gabriela Vázquez Olivera, *El viraje neoliberal de la política social y la búsqueda de alternativas en América Latina*, Tesis de Maestría en Estudios Latinoamericanos, México, UNAM, Octubre de 2008, p. 43

¹³² *Ibid.*, pp. 41-42.

Para el neoliberalismo la exportación es muy importante, es “el factor principal de dinamismo del crecimiento,”¹³³, todo esto lleva a una incondicional apertura externa y a preocuparse por tener competitividad y así mantenerse en los mercados mundiales.¹³⁴

Por ejemplo en el caso de la agricultura y minería de exportación se utiliza alta tecnología y existe una mayor productividad, sin embargo en las regiones que no son exportadoras se puede observar un gran retraso en las formas de producción y una baja productividad. La otra opción en el exterior es la maquila, donde no hay inversión en ciencia y tecnología y se destruye más el mercado interno.¹³⁵

El objetivo del neoliberalismo es la mayor generación de ganancia posible y su concentración en unas cuantas manos, el engaño reside en que se argumenta que la concentración de la riqueza traerá inversión y esto generará beneficios para toda la población, lo cual no es verdadero. El capital interno y externo dejan de ocuparse del mercado interno mientras aumentan la pobreza y el desempleo. El patrón de acumulación destruye el trabajo y el capital productivo.¹³⁶

El abandono de elementos que antes eran indispensables para el funcionamiento del capitalismo , como educación, salud y vivienda son características del Estado neoliberal, así cada vez más se eliminan estos elementos que en la época de auge productivo – cuando se necesitaba a muchos trabajadores- eran tan importantes para reproducir la fuerza de trabajo explotable.¹³⁷

¹³³ Pedro Vuskovic, *op. cit.*, p. 100.

¹³⁴ *Idem.*

¹³⁵ María José Rodríguez Rejas, *La espiral de la militarización política en América Latina: del proyecto hemisférico a la dominación neoliberal (México, un caso de estudio ejemplar)*, Tesis de Doctorado en Estudios Latinoamericanos, México DF, 2010, pp. 326-327.

¹³⁶ *Ibid.*, p. 326.

¹³⁷ Víctor Flores Olea; Abelardo Mariña Flores, *op. cit.*, pp. 531-532.

Los empresarios introducen cada vez más, condiciones nuevas para los trabajadores como la subcontratación formal e informal para que sus costos de producción caigan. Hoy existe una diversidad de formas de contratar a los trabajadores que poco tienen que ver con las formas tradicionales, por ejemplo el subcontratar servicios, en la que el trabajador labora sin que se aseguren todos sus derechos.¹³⁸ “La contratación colectiva y la estabilidad del empleo se han debilitado o anulado, lo mismo que las prestaciones sociales; en cambio, prolifera la contratación individual y los empleos provisionales y por tiempo parcial, dejándole a cada trabajador la carga de su seguridad social, de su formación profesional y de su retiro.”¹³⁹

Si se acude cada vez más a la subcontratación formal e informal y se deja a cada trabajador la responsabilidad de su seguridad social, se desmantelan esos derechos que el trabajador ganó con la Revolución Mexicana como el derecho a la salud. Los derechos de los trabajadores ya no son compatibles con las nuevas formas de contratación porque en el neoliberalismo cada quien debe hacerse cargo de las responsabilidades que antes eran públicas y una obligación del Estado y el patrón.

Bajo este esquema de flexibilización, instituciones como el IMSS o el ISSSTE dejan de tener una importancia estratégica para el país, puesto que fueron diseñadas para un ambiente de estabilidad laboral y de industrialización. Así se vuelven incompatibles con las estrategias de acumulación bajo las cuales brindar atención a la salud de los mexicanos, sólo resulta un obstáculo para maximizar las ganancias.¹⁴⁰

¹³⁸ Clemente Ruiz Durán, “Reforma laboral y debilidad institucional”, *Economía UNAM*, Vol. 2, No. 5, mayo-agosto, 2005, p. 53.

¹³⁹ Víctor Flores Olea; Abelardo Mariña Flores, *op. cit.*, p. 277.

¹⁴⁰ Ana Valencia, *op. cit.*, p. 26.

Si en el ideario neoliberal las raíces de la crisis del modelo económico de la posguerra “estaban localizadas en el poder excesivo y nefasto de los sindicatos y, de manera más general, del movimiento obrero, que había socavado las bases de la acumulación privada con sus presiones reivindicativas sobre los salarios y con su presión parasitaria para que el Estado aumentase cada vez más los gastos sociales”¹⁴¹ y el remedio era mantener un Estado fuerte para romper a los sindicatos y controlar el dinero, pero que se limitara en los gastos sociales y las intervenciones económicas,¹⁴² es claro por qué en el marco de la implementación del proyecto neoliberal en México las reformas se orientan al desmantelamiento de los derechos de los trabajadores -como la salud- y por qué el Estado se deslinda de ciertas actividades para abrir paso al sector privado.

Por otro lado, aunque en el discurso ideológico se afirma que el Estado entrega a las fuerzas del mercado la responsabilidad de la asignación de los recursos, en realidad es él quien se encarga de reducirlos en ciertos aspectos y de asignarlos a otros sectores de la sociedad como a los empresarios, exportadores y a los banqueros. En este sentido, cuando se dice que la crisis por la que atraviesan el IMSS o el ISSSTE se debe a la falta de recursos para hacer frente a los cambios epidemiológicos, demográficos y económicos por los que atraviesa la población, en realidad el problema no es que no existan dichos recursos, sino que éstos se concentran en sectores específicos.¹⁴³ En 2006 por ejemplo, se destinaron 44 mil 554.1 millones de pesos para el pago de intereses por el rescate bancario, lo que supera los 42 mil 355.5 millones de pesos que el gobierno federal asignó como presupuesto a la Secretaría de Salud.¹⁴⁴

¹⁴¹ Perry Anderson, *op. cit.*, p. 38.

¹⁴² *Idem.*

¹⁴³ Ana Valencia, *op. cit.*, p. 25.

¹⁴⁴ Israel Rodríguez, “Al pago de intereses por el rescate bancario, 18.8% más que en 2005”, [en línea], México, *Jornada.unam.mx*, 23 de enero de 2006, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2006/01/23/index.php?section=economia&article=024n2eco> , [consulta: 20 de enero de 2008].

en los hechos el Estado realmente no se ha “adelgazado”, sino que ha redistribuido sus prioridades y su gasto. Los recursos fiscales, ciertamente incrementados para revertir los déficits gubernamentales y hacer frente a la deuda interna y externa, se utilizan cada vez menos para el sostenimiento de las condiciones generales de valorización del capital social y cada vez más para el subsidio directo de grupos empresariales particulares asociados con los administradores gubernamentales de dichos recursos, como los banqueros.¹⁴⁵

Las reformas al sistema de seguridad social se encuentran bajo esta lógica; la privatización no se pregona abiertamente pero –como ya vimos- a partir de inicios de los ochenta los datos muestran cambios importantes en las estrategias de salud, por ejemplo, los bajos niveles de gasto público asignado a este sector o el desmantelamiento paulatino de instituciones como el IMSS o el ISSSTE, lo que se traduce en una creciente incapacidad para brindar atención de calidad a la población afiliada. La privatización implica que la salud deja de ser un derecho y una responsabilidad del Estado, para convertirse en un negocio, un servicio que puede y debe generar ganancias para el sector privado, y por lo tanto del que cada quien debe hacerse cargo de manera individual y como mejor pueda.

La política privatizadora del Estado Mexicano se fue ampliando y adquiere dimensiones de alto perfil especialmente con la privatización de Telmex y del sistema bancario durante el gobierno de Salinas de Gortari; asimismo, con el inicio de desestatización de sectores que, por su carácter “estratégico”, antes estaban considerados como no privatizables: la industria petroquímica; las carreteras, los ferrocarriles y los puertos; servicios públicos como agua, gas y electricidad; los fondos de pensiones; los servicios de salud y educación.¹⁴⁶

Para llevar a cabo todas estas reformas el Estado ejerce mecanismos que permitan la gobernabilidad de manera que se puedan evitar conflictos que pudieran poner en riesgo el orden social. Entre los mecanismos que se utilizan en el neoliberalismo se encuentran: diferenciar entre la negociación política y la negociación económica, la negociación

¹⁴⁵ Víctor Flores Olea; Abelardo Mariña Flores, *op. cit.*, p. 532.

¹⁴⁶ *Ibid.*, p. 531.

económica casi no existe, pero la negociación política por ser la más flexible da una impresión de democracia; las políticas de “solidaridad con la pobreza” sirven para evitar conflictos y protestas, para conseguir apoyos políticos, además de encubrir el poco gasto público que se maneja; los medios de comunicación de masas que tergiversan la información para su conveniencia; un aumento de la militarización de la política conforme va creciendo la potencialidad de los conflictos; el trabajo informal, ya que este sector no presiona por trabajo, aumentos en su salario o seguridad social; los partidos políticos que no representan la voluntad de los mexicanos sino los intereses de las cúpulas; y la flexibilización del trabajo que se utiliza para debilitar el poder de los trabajadores.¹⁴⁷

Además, para mantener la gobernabilidad se lleva a cabo la focalización que consiste en programas enfocados a los más pobres y le sirve al Estado para encubrir las reformas privatizadoras y así las personas no sepan acerca de la privatización de la salud. La potencialidad conflictiva se trata de reducir con más mecanismos de fuerza y de coerción y la flexibilización laboral hace que los trabajadores pierdan cada vez más sus derechos.

Con la implementación del proyecto neoliberal los mecanismos e instituciones que fueron creados en el contexto del Estado populista, dejan de ser compatibles con el proyecto neoliberal.

Garantizar el derecho a la salud para los trabajadores ya no es necesario para el funcionamiento del proyecto neoliberal, incluso ahora la garantía de éste y otros derechos básicos se convierte en un verdadero obstáculo para su funcionamiento.

¹⁴⁷ Eduardo Ruiz Contardo, “Crisis, descomposición y neo-oligarquización del sistema político en América Latina”, *Política y cultura*, Año 3, No. 5, UAM, Otoño 95, pp. 82-84.

Gasto público en salud e impactos en la atención e infraestructura en México: comparación con otros países.

México se caracteriza por tener un nivel bajo de gasto público en salud. En 2002 el gasto público en salud con respecto al gasto total en salud llegó a 45%, muy por debajo del promedio de 72% de la OCDE. En cuanto a la manera de pagar para cuidar la salud: “la mayor parte del gasto privado en salud es financiado mediante pagos de bolsillo (...) en México existe muy poco aseguramiento privado en salud.”¹⁴⁸

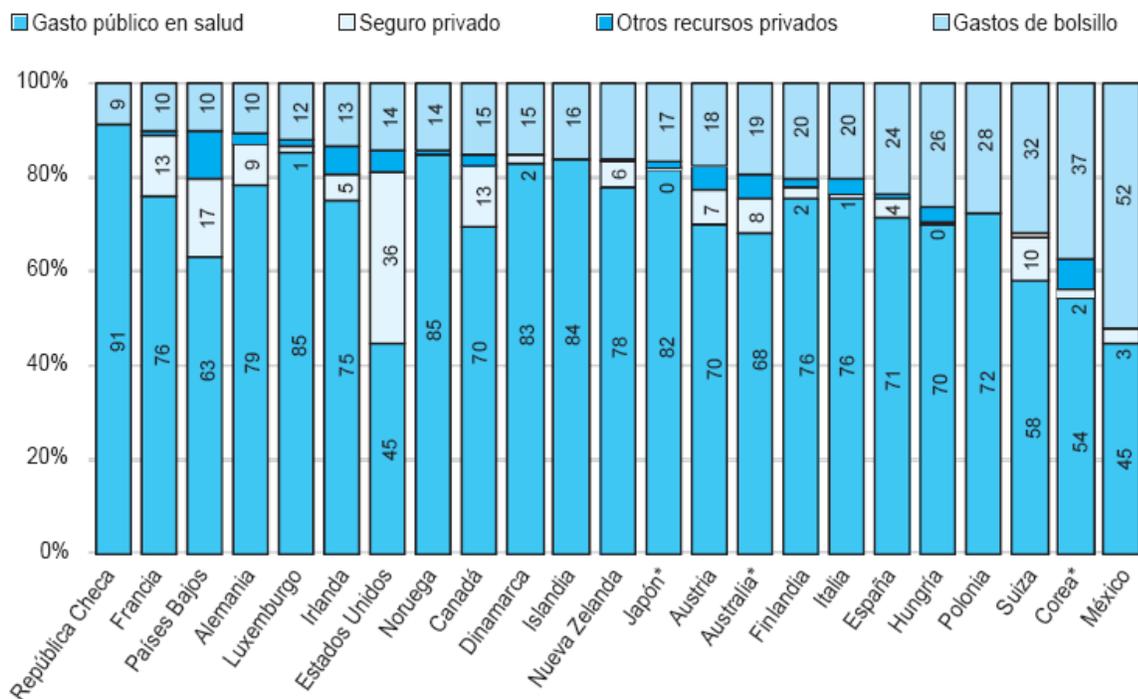
En el siguiente cuadro se puede analizar el comportamiento de diferentes países de la OCDE en cuanto a su gasto en salud por fuente de financiamiento para el año 2002. Como podemos observar, México ocupa el último lugar junto con Estados Unidos en cuanto al porcentaje de gasto público en salud, con 45 por ciento. Por otra parte, México ocupa el primer lugar en cuanto al porcentaje de gasto de bolsillo con 52 por ciento.

Esto quiere decir que en México del total que gastan las personas en salud 45% lo paga el Estado y 52% es gasto de bolsillo, es decir gasto privado que es pagado por las personas de manera individual. Aquí nos damos cuenta que en el país es mayor el gasto privado en salud, que el gasto público.

¹⁴⁸ John Martin; Howard Oxley, “El estado de salud en México”, *Políticas Públicas para un Mejor Desempeño Económico. Experiencias del mundo para el desarrollo, México 10 años en la OCDE*, [en línea] México, 2006. Dirección URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/32/31/36577222.pdf>, p. 156, [consulta: 17 de diciembre de 2008].

Gráfica 1

Gasto en salud por fuente de financiamiento, 2002.



Fuente: John Martin; Howard Oxley, "El estado de salud en México", *Políticas Públicas para un Mejor Desempeño Económico. Experiencias del mundo para el desarrollo, México 10 años en la OCDE*, [en línea] México, 2006. Dirección URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/32/31/36577222.pdf>, p. 159, [consulta: 17 de diciembre de 2008].

En 2005 la Tasa de mortalidad materna en México (por 100 000 nacidos vivos) fue de 60, esta cifra fue mayor a la de países de América Latina como Bahamas (16), Barbados (16), Belice (52), Chile (16), Costa Rica (30), Cuba (45), Puerto Rico (18), Trinidad y Tobago (45), Uruguay (20) y, Venezuela (57)¹⁴⁹.

El porcentaje de partos atendidos por personal calificado según el año más reciente disponible es de 86 para México; esta cifra fue menor a la de países de América Latina como: Antigua y Barbuda (100), Argentina (99), Bahamas (99), Barbados (100), Brasil (88), Chile (100), Colombia (96), Costa Rica (99), Cuba (100), Dominica (100), Ecuador

¹⁴⁹ CEPAL, *op. cit.* 1, p. 66.

(99), El Salvador (92), Granada (100), Guyana (94), Islas Vírgenes Británicas (100), Jamaica (97), Panamá (93), República Dominicana (96), Saint Kitts y Nevis (100), San Vicente y las Granadinas (100), Santa Lucía (100), Trinidad y Tobago (98), Uruguay (100) y, Venezuela (95).¹⁵⁰

La Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos) según el año más reciente disponible fue de 35 para México; dicha cifra fue mayor a la de países de América Latina como: Antigua y Barbuda (11), Argentina (16), Bahamas (14), Barbados (12), Belice (16), Brasil (20), Chile (9), Colombia (21), Costa Rica (12), Cuba (7), Dominica (15), Ecuador (24), El Salvador (25), Granada (20), Honduras (27), Jamaica (31), Panamá (23), Paraguay (22), Perú (25), República Dominicana (29), Saint Kitts y Nevis (19), San Vicente y las Granadinas (20), Santa Lucía (14), Uruguay (12) y, Venezuela (21).¹⁵¹

El promedio de habitantes por médico en 2007 fue de 698 para México, ésta cifra fue mayor a la de varios países de América Latina como: Aruba (667), Costa Rica (521), Cuba (155), Perú (668), Puerto Rico (237), República Dominicana (673) y, Uruguay (239).¹⁵²

En cuanto a las camas de hospital por cada 1000 habitantes en 2007 la cifra para México es de 0.8, ésta cifra fue menor a la de varios países de América Latina como Aruba (3.0), Belice (1.2), Costa Rica (1.3), Cuba (6.1), Dominica (3.4), El Salvador (0.9), Panamá (2.3), Paraguay (1.1), Perú (1.6), República Dominicana (1.1), San Vicente y las Granadinas (1.6) y, Uruguay (1.9).¹⁵³

¹⁵⁰ *Idem.*

¹⁵¹ *Idem.*

¹⁵² *Ibid.*, p. 68.

¹⁵³ *Ibid.*, p. 69.

Con respecto al gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto, en 2007 México alcanzó el 3.1%, esta cifra fue menor a la de varios países de América Latina como: Aruba (8.3), Belice (3.7), Costa Rica (6.0), Cuba (9.9), El Salvador (4.1), Nicaragua (3.7), Panamá (3.5) y, San Vicente y las Granadinas (4.0). En 2006 México llegó al 2.9% del gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto, la cifra fue menor a la de países de América Latina como: Argentina (4.6), Aruba (8.4), Colombia (3.4), Costa Rica (6.0), Cuba (7.1), Dominica (5.3), El Salvador (4.1), Granada (5.3), Nicaragua (3.4), Panamá (3.2), Paraguay (3.0), San Vicente y las Granadinas (4.2) y Uruguay (3.8).¹⁵⁴

Los indicadores para México son impactantes, como las mujeres que mueren en el parto o los niños que mueren antes de los cinco años, algo muy lamentable. También podemos observar por ejemplo, el promedio de habitantes por médico, o las camas de hospital por cada mil habitantes, esto nos habla de una gran sobresaturación que se traduce en una mala calidad de atención a la salud de los mexicanos. Cuando observamos el gasto público en salud nos damos cuenta del por qué pasa todo esto: el gasto público es insuficiente, apenas el 3.1% cuando países como el Salvador y Nicaragua tienen gastos públicos mayores. No es posible que países de América Latina con economías más pequeñas y mucho más pobres que México, tengan mejores desempeños en cuanto a salud que este país.

En el Continente Americano, según muestran los datos de la OPS (Organización Panamericana de la salud), Cuba tiene 6.2 médicos por cada mil habitantes, a nivel mundial es el país que cuenta con el mayor número de estos recursos; después siguen Uruguay con 3.9, y Argentina con 3.2 médicos; México tiene 1.6 médicos, al igual que Nicaragua y Ecuador.¹⁵⁵

¹⁵⁴ *Ibid.*, p. 70.

¹⁵⁵ Secretaría de Salud, *op. cit.* 2, p. 111.

Comparando a México con estos países grandes como Argentina y Uruguay vemos que la ventaja de éstos es grande, si lo comparamos con Cuba la ventaja de ésta es mucho mayor.

Haití, Paraguay y Bolivia son los que tienen la menor cantidad de médicos: Haití con 0.3, Paraguay con 0.6 y Bolivia con 0.8 médicos por cada mil habitantes.¹⁵⁶

Otro indicador que refleja el problema de la calidad de la atención es el número de enfermeras, cuyo valor mínimo que recomienda la OPS es de dos enfermeras por cada mil habitantes.¹⁵⁷ En el continente americano Estados Unidos de Norteamérica alcanza 7.9 enfermeras y Cuba 7.5; éstos son los países que tienen los mayores números. Existen grandes diferencias entre los países americanos. Por ejemplo Haití tiene 0.11 enfermeras. En 2006 México llegó a la cifra de 1.9 enfermeras por cada mil usuarios.¹⁵⁸

Si comparamos a México con Estados Unidos nos damos cuenta que el número de enfermeras por cada mil habitantes es mucho más grande en Estados Unidos, esto podría parecer muy evidente; pero si comparamos a México con Cuba: una economía más pequeña, con problemas económicos y vemos que ésta tiene muchas más enfermeras por cada mil habitantes que México esto se vuelve algo sorprendente.

¹⁵⁶ *Ibid.*, p. 111.

¹⁵⁷ *Ibid.*, p. 113.

¹⁵⁸ *Ibid.*, pp. 112-113.

México y la salud: gasto público insuficiente

Como observamos en el Capítulo I, la política social de los proyectos neoliberales de Latinoamérica tiene entre sus planteamientos la disminución del gasto social y la privatización de los servicios sociales.¹⁵⁹ En este contexto el deterioro de las instituciones públicas de salud no se debe a la “incapacidad intrínseca del sector público de producir servicios de calidad sino que es el resultado de las políticas instrumentadas en el marco de la política de ajuste económico.”¹⁶⁰ Esa política en las instituciones de salud ha acarreado graves problemas, entre ellos un severo recorte del presupuesto. Así ha habido un recorte presupuestal en todas las instituciones de salud.¹⁶¹ Para los 80 una “creciente anemia financiera se apodera de las instituciones públicas de salud y seguridad social.”¹⁶² Las instituciones que habían sido creadas durante el período desarrollista sufrían un desmantelamiento. Algunos investigadores y congresistas argumentaban que “el epicentro del problema está en que fueron excluidas de las prioridades del gasto público y dejadas a su suerte para que la inanición terminara por cuestionar su función dentro de la sociedad.”¹⁶³

¹⁵⁹ Consultar: Asa Cristina Laurell; María Elena Ortega, *op. cit.*, p. 64.

¹⁶⁰ *Ibid.*, p. 65.

¹⁶¹ *Idem.*

¹⁶² Valdemar de Icaza, “En terapia intensiva. Seguridad social”, *Expansión*, V. 29, No. 750, septiembre 1998, p. 20.

¹⁶³ *Idem.*

Tabla 1

Evolución de los presupuestos de salud, México, 1980-1989

Año	SSA	IMSS	ISSSTE	IMSS-	COPLAMAR			
	Total (1)	Per cápita (2)	Total (1)	Per cápita (2)	Total (1)	Per cápita (2)	Total (1)	Per cápita (2)
1980	19.6	n.d.	47.3	1 960	11.0	2 251	1.7	692
1981	22.1	n.d.	52.7	1 957	12.6	2 360	3.5	1 648
1982	17.7	1 539	44.5	1 657	9.8	1 794	1.3	673
1983	13.1	1 050	40.2	1 343	7.6	1 343	2.5	1 117
1984	13.9	1 032	40.1	1 364	7.5	1 227	1.4	565
1985	14.1	912	35.6	1 130	8.4	1 301	1.9	685
1986	12.4	782	26.4	850	6.8	976	1.4	879
1987	11.5	604	25.4	739	6.1	832	0.9	588
1988	15.7	719	39.2	1 120	8.1	1 097	1.6	1 039
1989	17.0	755	40.0	1 095	7.9	925	1.4	941
Pérdida máxima%	47.9	60.7	51.8	62.2	51.6	64.7	74.3	65.7

Pérdida	23.1	50.1	24.0	44.0	37.3	60.8	60.0	42.9
1981-9%								

Fuente: *Primer Informe de Gobierno*, Poder Ejecutivo Federal, 1989.

(1) Miles de Millones de pesos de 1980 (deflactado con el INPC).

(2) Cobertura según datos del Primer Informe de Gobierno, 1989.

Fuente: Laurell, Asa Cristina y Ortega, María Elena, "Privatización de los servicios de salud", *El Cotidiano*, Vol 7, No. 39, México DF, enero-febrero de 1991, p. 65.

Como podemos observar en el cuadro anterior, los presupuestos de salud en México para instituciones como la SSA, IMSS, ISSSTE e IMSS-COPLAMAR han observado una disminución en el periodo 1981 a 1989. En el periodo de 1981 a 1989 la Secretaría de Salubridad y Asistencia tuvo una pérdida per cápita de 50.1%, para el IMSS esta pérdida fue de 44.0%, para el ISSSTE fue de 60.8% y para el IMSS-COPLAMAR fue del 42.9%.

En este mismo cuadro podemos observar que en la Secretaría de Salud el nivel más bajo de presupuesto fue en 1987 con 11.5 miles de millones de pesos de 1980, en el IMSS el nivel más bajo fue de 25.4 miles de millones en 1987, en el ISSSTE fue de 6.1 en 1987, y en el IMSS-COPLAMAR fue de 0.9 también en 1987.

Con respecto al origen del gasto en salud en el país, más de la mitad de éste es privado; esto se debe a que del total de mexicanos, menos del 50% de ellos cuentan con aseguramiento en salud.¹⁶⁴ El número de familias que presentaron gastos catastróficos

¹⁶⁴ Secretaría de Salud, *Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas*, [en línea], México, 2005, segunda edición, Dirección. URL: <http://evaluacion.salud.gob.mx/saludmex2004/sm2004.pdf>, p. 74, [consulta: 24 de enero de 2009].

y/o empobrecedores por motivos de salud fue de 3.7 millones en el año 2000 y 2.6 millones en 2004.¹⁶⁵

La Organización Mundial de la Salud “define los gastos catastróficos como aquellos gastos que exceden el 30% de la capacidad de pago de una familia, que a su vez se define como la suma de los recursos disponibles una vez satisfechas las necesidades de alimentación.”¹⁶⁶ Los gastos empobrecedores se definen como “aquellos gastos en salud que hacen que una familia cruce la línea de pobreza o que una familia ya pobre enfrente problemas para satisfacer otras necesidades básicas, como la educación o la vivienda.”¹⁶⁷

Como vemos el Estado en el neoliberalismo no se adelgaza, solamente reorienta su gasto hacia ciertos sectores de la población -como los empresarios y banqueros-¹⁶⁸, mientras deja a un lado el sostenimiento de servicios como la salud; esto explica el bajo gasto público en salud en México.

Este recorte de gasto trae consecuencias graves para la población que no puede acceder a servicios médicos privados, puesto que el Estado se desentiende de derechos como éste y como consecuencia tenemos que las personas no pueden pagar para cuidar su salud.

Como podemos observar en el cuadro siguiente, el crecimiento del gasto público en salud como porcentaje del PIB es mínimo y prácticamente no ha aumentado en una década. Comparando este gasto con el de otros países, como se pudo observar en los párrafos anteriores observamos que es muy poco el gasto público en salud en México. Esto se

¹⁶⁵ *Ibid.* p. 80

¹⁶⁶ *Idem.*

¹⁶⁷ *Idem.*

¹⁶⁸ Consultar Víctor Flores Olea; Abelardo Mariña Flores, *op. cit.*, p. 532.

traduce en que las instituciones públicas de salud no cuentan con recursos suficientes para atender a su población de responsabilidad, no se puede dar una atención de calidad, y no se puede invertir en infraestructura y recursos humanos para hacer frente a la sobresaturación.

Tabla 2

Gasto público en salud como porcentaje del PIB, México.

Año	Porcentaje
1992	2.5
1993	2.5
1994	2.6
1995	2.4
1996	2.3
1997	2.3
1998	2.6
1999	2.6
2000	2.6
2001	2.7
2002	2.7
2003	2.8
2004	3.0
2005	3.0

2006	3.0
2007	3.1

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de VM. Vázquez; MF. Merino; R. Lozano, *Las Cuentas en Salud en México, 2001-2005*, [en línea] México, D. F., Dirección General de Información de Salud, Secretaría de Salud. 2006. Dirección URL: http://sinais.salud.gob.mx/sicuentas/docs/LasCuentasEnSaludEnMexico_2001-2005.pdf , p. 42. [consulta: 27 de noviembre de 2008].

Secretaría de Salud, *Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas*, [en línea], México, Secretaría de Salud, 2005, segunda edición, Dirección URL: <http://evaluacion.salud.gob.mx/saludmex2004/sm2004.pdf>, p. 8, [consulta: 24 de enero de 2009].

Secretaría de Salud. *Salud: México 2006, Información para la rendición de cuentas*, México, Secretaría de Salud, 2007, Primera edición, p. 167;

María Merino Juárez; Sergio Sesma Vázquez, *Gasto Público en Salud 1999-2000*, [en línea], Secretaría de Salud, Síntesis Ejecutiva 3, Coordinación General de Planeación Estratégica, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Dirección URL: <http://www.dged.salud.gob.mx/interior/publi/docu/gastopublico.pdf> , p. 4. [consulta: 18 de diciembre de 2008] y;

CEPAL. *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2008*, [en línea], Santiago de Chile, CEPAL, 2009, Dirección URL:En http://websie.eclac.cl/anuario_estadistico/anuario_2008/docs/ANUARIO2008.pdf. p. 70, [consulta: 3 de julio de 2009].

De 2000 a 2004 el gasto privado en salud aumentó en términos reales 71 mil millones de pesos, es decir, tuvo un 35% de incremento. La distribución de estos recursos fue más o menos constante: “un tercio del gasto privado fue para medicamentos, prácticamente la mitad en servicios ambulatorios, 15% se destinó a servicios hospitalarios, mientras que alrededor de 7% correspondió a primas de seguros.”¹⁶⁹

La privatización se comprueba cuando aumenta el gasto privado en salud, las personas necesitan medicinas, servicios ambulatorios, servicios hospitalarios. También nos damos cuenta de que muy pocos pueden pagar primas de seguros, es decir, las personas no tienen capacidad de ahorro como para pagar un seguro privado.

¹⁶⁹ VM. Vázquez; MF. Merino; R. Lozano, *op. cit.*, p. 18.

En 2000 el gasto privado en salud ascendió a 203.5 miles de millones de pesos constantes, mientras el gasto público llegó a 177.3 miles de millones; en 2004 el gasto privado ascendió a 274.8 miles de millones de pesos y el gasto público llegó a 238.7 miles de millones de pesos.¹⁷⁰

Esto quiere decir que los niveles de gasto público son muy bajos, lo que da cuenta de la privatización de la salud. Las personas se ven forzadas a acudir a la atención privada al no encontrar una buena atención en las instituciones públicas, significa que tienen que realizar gastos de bolsillo para poder acceder a algo que es un derecho para todos los mexicanos.

Como veremos en el siguiente cuadro el gasto público en salud es menor al gasto privado. De 2000 a 2006 el gasto público no alcanzó en ningún momento al gasto privado, siempre estuvo a menos de la mitad del gasto total en salud.

Haciendo comparaciones en el año 2002 el gasto privado fue 58% del total del gasto en salud que se hace en México, mientras que el gasto público llegó al porcentaje del 42%. En 2004, 46.5% fue la porción que tuvo el gasto público dentro del gasto total en salud. En 2004 la separación cuantitativa entre el gasto público y el privado alcanzó su menor nivel desde el año 2000. Después de 2004 el gasto público en salud disminuyó; la principal razón fue la disminución de los recursos hacia el IMSS. Después, en 2006 se alcanzó una cifra de 46% en la proporción del gasto público en salud con respecto al gasto total en salud.¹⁷¹

Todo esto nos habla de que la privatización de la salud sí existe, puesto que el gasto privado en el periodo de tiempo de 2000 a 2006 siempre ha sido superior al gasto público, esto significa que las personas tienen que pagar de su bolsillo si necesitan atención

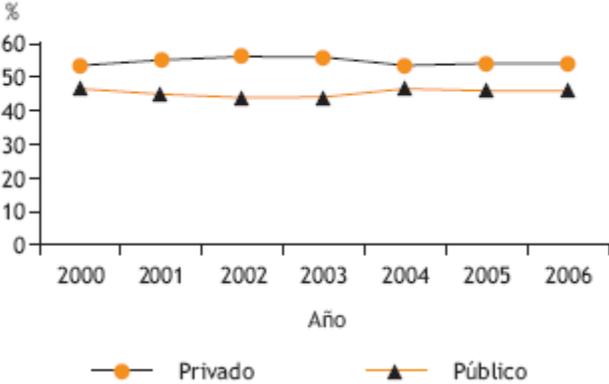
¹⁷⁰ *Ibid.*, p. 11 (Consultar: Cuadro 3.1. Gasto en Salud en México, 2000-2005).

¹⁷¹ Secretaría de Salud, *op. cit.* 2, p. 169.

médica. De esta manera las personas pueden caer en la pobreza, no solo los que no tienen seguridad social, también los que la tienen, pues al ver la mala calidad de la atención en estas Instituciones públicas tienen también que optar por servicios privados aunque esto represente un gasto muy grande para la familia.

Gráfica 2

Estructura del gasto en salud, México 2000-2006



Fuente: Secretaría de Salud. *Salud: México 2006, Información para la rendición de cuentas*, México, Secretaría de Salud, 2007, Primera edición, p. 169.

Impactos en la atención e infraestructura de la salud en México:

comparación entre instituciones.

Como ya observamos, el Banco Mundial propone que cambie la forma en que los gobiernos brindan atención a la salud.¹⁷² Ahora el individuo “ya no es considerado como sujeto de derecho a la atención médica sino como consumidor de servicios, lo cual expresa, sin lugar a dudas, la intención de introducir la salud al sistema de mercado, es decir, a la privatización.”¹⁷³

El resultado como veremos a continuación es que existen indicadores que nos mostrarán la mala calidad en la atención que reciben los usuarios de las instituciones públicas de salud, por ejemplo la relación de consultorios por población, la distribución de médicos y enfermeras, la disponibilidad de camas, entre otros.

Según la Secretaría de Salud, los consultorios se clasifican de la manera siguiente: consultorios de especialidades básicas, consultorios de medicina general y otros consultorios. A nivel nacional el número de consultorios por población muestra que hay 4.9 consultorios totales por 10 mil habitantes; el número de consultorios de medicina general es de 2.9 por 10 mil habitantes. La cifra de referencia es un consultorio de medicina general por cada 3 mil personas.¹⁷⁴ La Secretaría de Marina (SEMAR) presenta la mayor cantidad de consultorios con respecto a su población asegurada. Por otra parte, la Secretaría de Salud dispone de 5.5 consultorios totales y de 3.5 consultorios generales por cada 10 mil habitantes sin seguridad social, el IMSS, mientras tanto, presenta la disponibilidad más baja del país para los dos tipos de consultorios, los totales y los generales.¹⁷⁵

¹⁷² Carolina Tetelboin; Arturo Granados, *op. cit.*, p. 29.

¹⁷³ *Idem.*

¹⁷⁴ Secretaría de Salud, *op. cit.* 2, p. 103.

¹⁷⁵ *Idem*

El IMSS ha tenido varios años la productividad más alta en consulta externa, en 2004 esto no fue la excepción con un promedio de 29.5 consultas diarias por consultorio¹⁷⁶, lo cual afecta la calidad de la atención de los usuarios; esto nos habla de una sobresaturación de los servicios. Las cifras de las otras instituciones fueron más bajas: 17.2 consultas por consultorio en el IMSS-Oportunidades, 16.8 en el ISSSTE, 14.9 en la Secretaría de Salud, 12.4 en PEMEX y 7.3 en los servicios que otorga la Secretaría de la Defensa Nacional.¹⁷⁷

En 2006 la cifra nacional de consultas externas generales diarias por consultorio de medicina general fue de 25.4. La productividad más alta se presentó en dos instituciones: en las unidades médicas de PEMEX con 50 consultas, y en el IMSS con 43. La Secretaría de Salud tuvo 18.7 consultas por consultorio, y el IMSS-Oportunidades tuvo 19.2.¹⁷⁸ Generalmente se dice que un consultorio debe dar entre 3 y 4 consultas por hora; haciendo cálculos se encuentra que en ocho horas de trabajo un consultorio debe de dar entre 24 y 32 consultas. Esto quiere decir que los servicios de PEMEX y del IMSS están por arriba de las cifras esperadas.¹⁷⁹ Todo esto da cuenta de la calidad de la atención.

Podría decirse que la productividad en la Secretaría de Salud y en el IMSS-Oportunidades es baja. Esto debe matizarse ya que muchas unidades del IMSS-Oportunidades y de los servicios estatales (SESA), están ubicadas en zonas rurales donde el acceso es muy difícil.¹⁸⁰ Es decir, la productividad es baja, porque es difícil acceder a esos lugares; hay muchas personas en las zonas rurales que tienen algún

¹⁷⁶ Secretaría de Salud, *op. cit.* 4, p. 138.

¹⁷⁷ *Idem.*

¹⁷⁸ Secretaría de Salud, *op. cit.* 2, p. 104.

¹⁷⁹ *Ibid.*, pp. 104-105.

¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 105.

padecimiento, pero las clínicas son muy lejanas. Además de que las clínicas son lejanas, a veces estas no funcionan bien, no hay medicamentos, el doctor no está todos los días, las clínicas no están abiertas, etcétera.

En 2006 el número de quirófanos disponibles en las instituciones públicas de salud fue de 3 302. El 45% de estos quirófanos pertenecen al IMSS, un 41.5% a la Secretaría de Salud y 8.8% al ISSSTE. Los quirófanos restantes estuvieron en las unidades del IMSS-Oportunidades (2.1%), PEMEX (1.5%) y SEMAR (1.2%). La SEDENA no dio información. En nuestro país la razón de quirófanos por cien mil habitantes fue de 3.2. La disponibilidad de los quirófanos en las instituciones de salud públicas es desigual: en la SEMAR (23) es 38 veces más alta que la del IMSS-Oportunidades (0.6 quirófanos) y 8 veces mayor a la disponibilidad de la Secretaría de Salud, que fue de 2.8 quirófanos por cien mil habitantes.¹⁸¹

Existe también una distribución desigual de los médicos: en 2004 mientras que las Instituciones de Seguridad Social contaban con un promedio de 1.5 médicos por 1000 derechohabientes, la Secretaría de Salud contaba con poco más de uno y PEMEX con poco más de tres.¹⁸²

En México, en 2006, la SEMAR y PEMEX tuvieron la mayor disponibilidad de médicos por cada mil habitantes: la SEMAR con 6.2 médicos por cada mil habitantes, y PEMEX con 2.8 médicos.¹⁸³ “La disponibilidad de médicos de la SEMAR es 12 veces mayor a la del IMSS-Oportunidades, y cuatro veces mayor a la del IMSS y a la de la SS.”¹⁸⁴ El número señalado por la OMS como el mínimo de médicos que pueden atender las necesidades

¹⁸¹ *Ibid.*, p. 107.

¹⁸² Secretaría de Salud, *op. cit.* 4, p. 142.

¹⁸³ Secretaría de Salud, *op. cit.* 2, p. 111.

¹⁸⁴ *Idem.*

básicas de la población es el de un médico por cada mil habitantes.¹⁸⁵ Todo lo anterior pone en evidencia las desigualdades que hay en México en cuanto a calidad de atención se refiere.

En México también a nivel estatal el número de médicos por cada mil habitantes es desigual. En 2006 El Distrito Federal tenía el mayor número de médicos por cada mil usuarios, el número era de 3.1 médicos, le seguía Baja California Sur con 2.2 médicos. Sin embargo, el Estado de México y Chiapas no llegaron a la cifra de un médico por cada mil habitantes. Para el Estado de México la poca disponibilidad de médicos es más grave, ya que en él se encuentra el mayor número de población usuaria del país.¹⁸⁶

Existe otro indicador que refleja el problema de la calidad de la atención, este es el número de enfermeras, cuyo valor mínimo que recomienda la OPS es de dos enfermeras por cada mil habitantes.¹⁸⁷ En 2006 México llegó a la cifra de 1.9 enfermeras por cada mil usuarios. En las instituciones públicas de salud la SEMAR fue quien reportó la mayor disponibilidad, con 6 enfermeras por cada mil usuarios; PEMEX quedó en segundo lugar con 2.8 enfermeras, y le siguen el ISSSTE con 2.6, el IMSS con 2.2, la Secretaría de Salud con 1.7 e IMSS-Oportunidades con 0.6 enfermeras por cada mil usuarios. En los 11 Institutos Nacionales de Salud, trabajan 4 451 enfermeras, mientras que en las 31 unidades médicas de alta especialidad correspondientes al IMSS trabajan 18 892 enfermeras.¹⁸⁸ En México, del total de estados, en 19 no se alcanzó el número sugerido de enfermeras por cada mil habitantes recomendado por la OPS, que es de dos enfermeras.¹⁸⁹

¹⁸⁵ *Ibid.*, pp. 111-112

¹⁸⁶ *Idem.*

¹⁸⁷ *Ibid.*, p. 113.

¹⁸⁸ Secretaría de Salud, *op. cit.* 2, pp. 112-113.

¹⁸⁹ *Ibid.*, p. 113.

Ni en la Secretaría de Salud, ni en el IMSS-Oportunidades se alcanza el valor recomendado por la OPS, esto nos habla de la mala calidad de los servicios de salud en México.

Con respecto a la infraestructura hospitalaria, en 2006 el país tenía 1 086 unidades de este tipo. El 54% de éstas pertenecían a la Secretaría de Salud; el 24.6% al IMSS; 6.4% al IMSS-Oportunidades; 9.8% de los hospitales al ISSSTE, la SEMAR contaba con el 3.1% y PEMEX con el 2.1%. El número de hospitales por cada cien mil usuarios a nivel nacional era de 1.2. Por institución, la SEMAR presentaba la mayor disponibilidad del país con 20 unidades por cada cien mil usuarios, le seguían PEMEX con 3, ISSSTE con 1.4, Secretaría de Salud con 1.2, IMSS con 0.7 y el IMSS-Oportunidades con 0.6 hospitales.¹⁹⁰

Otro indicador fundamental es el número de camas censables, éstas son las camas que usan los pacientes internos. Sin embargo cada vez se usan más las camas no censables porque cada vez es mayor el número de personas que se atienden en el área de urgencias, sin el internamiento de los pacientes. De esta forma las camas no censables se han convertido en algo muy importante para los establecimientos médicos. Internacionalmente se considera que este recurso debe ser de una cama censable por cada 1000 personas. En 2004 las únicas instituciones de salud que contaban con esa cantidad eran los servicios de PEMEX y la Secretaría de la Defensa Nacional. Los servicios que prestaba el IMSS-Oportunidades contaban con una cama censable por cada 3000 usuarios. El IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud, tenían alrededor de una cama por cada 1500 personas a las que debían atender.¹⁹¹

¹⁹⁰ *Ibid.*, p. 114.

¹⁹¹ Secretaría de Salud, *op. cit.* 4, p. 146.

La mayor parte del gasto privado en salud se usa para comprar medicamentos, esto porque las personas se autoprescribieron o porque en las clínicas privadas se les recetaron medicinas caras. Pero también sucede que las instituciones públicas de salud no surten todos los medicamentos y los usuarios tienen que comprarlos en farmacias privadas. En 2004 la Secretaría de Salud obtuvo la menor cantidad de medicamentos entregados a los usuarios con 66% de recetas cumplidas íntegramente; el Seguro Popular obtuvo 81% de recetas surtidas completamente. Las otras instituciones públicas de salud surtieron sus recetas en un porcentaje que va por arriba del 90%.¹⁹² En el año 2006 el porcentaje que obtuvieron los SESA (Servicios Estatales de Salud) de recetas cumplidas totalmente llegó a un 79.3%.¹⁹³

En un análisis de 2004 se demostró que en México de cada 100 dólares invertidos en medicamentos, 88 provenían del gasto de bolsillo y 12 del gasto público.¹⁹⁴ Esto también nos habla de la privatización de la salud, puesto que las personas tienen que ir al sector privado para conseguir sus medicinas.

Como ya vimos anteriormente existe en México una desigualdad de recursos entre las instituciones que prestan servicios de salud, esto lo podemos ver muy claramente si estudiamos el gasto per cápita.

En 2006 el:

gasto per cápita de PEMEX fue 18.5 veces mayor al gasto per cápita del IMSS-Oportunidades, y 3.2 veces más alto que el del IMSS. (...) el gasto por persona atendida en los servicios médicos de PEMEX asciende a 11 864, mientras que el gasto per cápita para las dos grandes instituciones de seguridad social del país (IMSS e ISSSTE) fue de 3 746 pesos y de 3 296

¹⁹² *Ibid.*, p. 160.

¹⁹³ Secretaría de Salud, *op. cit.* 2, pp. 155-156.

¹⁹⁴ *Ibid.*, p. 176.

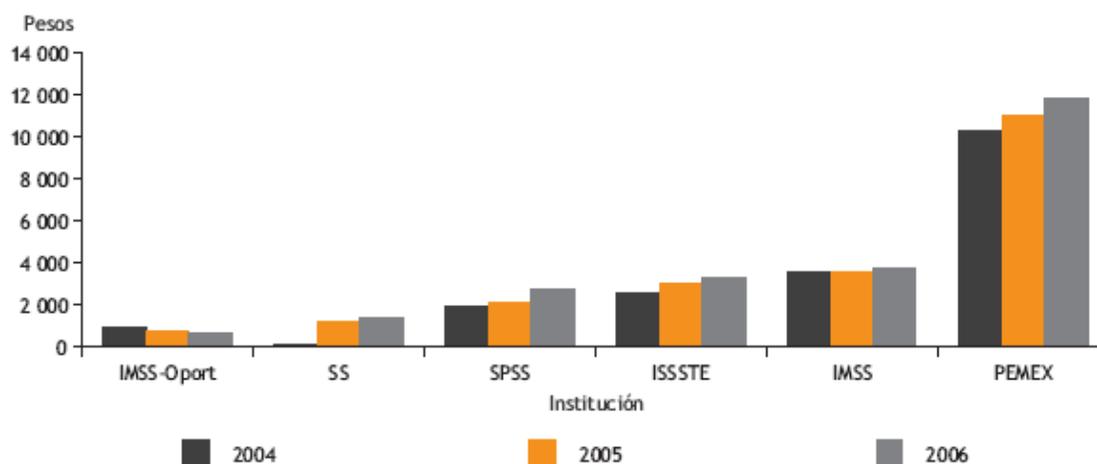
pesos, respectivamente. Por su parte, la Secretaría de Salud destina 2 744 pesos a cada una de las personas afiliadas al SPSS y sólo 1 365 pesos a la población sin seguridad social.¹⁹⁵

El IMSS-Oportunidades es el programa que tiene el menor gasto per cápita del país, la cifra es de 642 pesos por persona. Además, su gasto per cápita bajó un 32.4% entre 2004 y 2006.¹⁹⁶

A continuación presentaremos un gráfico que ilustra el gasto per cápita institucional de 2004 a 2006.

Gráfica 3

Gasto per cápita institucional, México 2004-2006.



Fuente: Secretaría de Salud. *Salud: México 2006, Información para la rendición de cuentas*, México, Secretaría de Salud, 2007, Primera edición, p. 174

Lo que nos señala esta gráfica es que el IMSS-Oportunidades recibe la menor cantidad de recursos, es más, sus recursos han ido disminuyendo con el tiempo. La Secretaría de

¹⁹⁵ *Ibid.*, p. 174.

¹⁹⁶ *Ibid.*, p. 175.

Salud, encargada de atender a la población no derechohabiente de alguna institución de salud también tiene un gasto per cápita mínimo, la gravedad de este problema es que hay muchas personas no derechohabientes. Todas las instituciones reciben una cantidad significativamente menor a la cantidad per cápita que recibe PEMEX.

La población también opina acerca de la calidad en la atención a la salud, es ahí donde podemos darnos cuenta de la percepción de la gente acerca del tema:

Entre noviembre de 2002 y marzo de 2003 se hizo una encuesta llamada Encuesta Nacional de Evaluación del desempeño (ENED 2002-2003), que arrojó información de más de 38, 000 hogares en cuanto a trato adecuado se refiere. Los elementos que componen el concepto de Trato Adecuado son: autonomía, trato digno, comunicación, confidencialidad, atención pronta, condiciones de las comodidades, capacidad de elección del proveedor y acceso a redes de apoyo social cuando se está hospitalizado.¹⁹⁷

El resultado fue que en las dos grandes Instituciones de Seguridad Social como son el IMSS y el ISSSTE en la atención ambulatoria obtuvieron las calificaciones más bajas. Hubo calificaciones más altas, pero éstas fueron asignadas a los servicios privados y a los servicios de PEMEX, Marina y SEDENA. Con la Secretaría de Salud las opiniones tienen una posición intermedia en el rubro de Trato Adecuado.¹⁹⁸ “En la atención hospitalaria, (...) los servicios privados presentan calificaciones significativa y notablemente más altas que las asignadas a los servicios de carácter público. Aquí habría que tener presente, sin embargo, la enorme heterogeneidad de los servicios privados, que incluyen hospitales de excelencia y unidades con serios problemas de calidad.”¹⁹⁹

¹⁹⁷ Esteban Puentes Rosas, *et al.*, *Trato adecuado en México: Diferencias Estatales e Institucionales*, [en línea], Síntesis ejecutiva 9, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, Dirección URL: http://www.dged.salud.gob.mx/interior/publi/docu/trato_adecuado.pdf , p. 3. [consulta: 15 de julio de 2009].

¹⁹⁸ *Ibid.*, pp. 6-7.

¹⁹⁹ *Ibid.*, p. 7.

Como también podemos observar en el siguiente cuadro los servicios privados obtienen mejores calificaciones que los públicos. Esto nos habla de que la calidad de la atención es menor en las instituciones públicas. Además podemos ver que los servicios de salud de PEMEX, Secretaría de Marina y Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) presentan una mejor calidad que el resto de las instituciones públicas de salud (IMSS, ISSSTE, SSA e IMSS-Oportunidades).

Podemos ver como por ejemplo en la atención ambulatoria, en el rubro de Trato digno el IMSS es la institución que tiene la peor calificación con un 76.3, al igual que en el de Confidencialidad con un 64.2, Comunicación con un 76.3, Atención pronta con 63.7, Condiciones de las comodidades con 76.5 y Capacidad de elección con 53.6.

Por otro lado en la atención ambulatoria como ya dijimos anteriormente, los servicios privados obtuvieron las calificaciones más altas: 86.4 en Trato digno, 71.9 en Autonomía, 72.8 en Confidencialidad, 88.0 en Comunicación, 75.7 en Atención pronta, 87.3 en Condiciones de las comodidades y 65.9 en Capacidad de elección.

Tabla 3

Calificaciones Ajustadas para los Ocho Dominios de Atención Ambulatoria y Hospitalaria según Tipo de Institución. México 2002.

Institución	Trato digno	Autonomía	Confidencialidad	Comunicación	Atención pronta	Condiciones de las comodidades	Capacidad de elección	Apoyo Social
Atención Ambulatoria								
IMSS	76.3	63.6	64.2	76.3	63.7	76.5	53.6	-
ISSSTE	78.6	63.4	66.9	78.1	64.8	79.0	55.3	-
* Otra Seguridad Social	83.2	71.2	72.4	84.2	71.3	86.2	61.6	-
SSA	80.8	67.1	67.2	81.0	69.2	80.1	58.6	-
IMSS-Oportunidades	77.2	65.5	66.8	78.8	66.3	78.9	56.9	-
Privados	86.4	71.9	72.8	88.0	75.7	87.3	65.9	-
Atención Hospitalaria								
Público	78.7	64.2	64.8	78.0	69.2	80.0	53.6	75.0
Privado	87.9	73.4	73.6	86.8	78.3	90.0	65.8	89.4

* Otra Seguridad Social se incluye PEMEX, Marina y Sedena.

Fuente: Esteban Puentes Rosas, *et. al.*, *Trato adecuado en México: Diferencias Estatales e Institucionales*, [en línea], Síntesis ejecutiva 9, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, Dirección URL: http://www.dged.salud.gob.mx/interior/publi/docu/trato_adecuado.pdf, p. 7. [consulta: 15 de julio de 2009].

Por tanto, podemos constatar que las “instituciones públicas de salud, particularmente las de seguridad social, han sufrido un grave deterioro a partir de 1983.”²⁰⁰

Las instituciones encargadas de los servicios de salud muestran una creciente deficiencia para poder otorgar servicios de calidad a la población. En el caso del ISSSTE, por ejemplo, el entonces Director General del Instituto, Benjamín González Roaro exponía ante el Senado de la República que: “Necesitaríamos (...) cerca de 10 000 plazas en el Instituto. Necesitaríamos ocho hospitales generales nuevos; dos hospitales regionales nuevos; ocho centros de diagnóstico como el CLIDDA, que tenemos en la Ciudad de

²⁰⁰ Asa Cristina Laurell; María Elena Ortega, *op. cit.*, p. 65.

México, y 140 unidades de primer nivel, que hoy no podemos hacer, porque ni tenemos las plazas, ni los recursos para la obra, ni los recursos para el equipamiento.”²⁰¹

Como aseguraba González Roaro, en el ISSSTE no se ha podido crecer en infraestructura hospitalaria, una estrategia que se puso en marcha ha sido que en hospitales de segundo nivel de diferentes partes del país, se han desarrollado servicios del tercer nivel. Esta estrategia se llama “Polos de Especialidad”²⁰² en la que se llegó a “341 polos especializados de cirugía cardiovascular, de trasplantes, de cirugía endoscópica, neurocirugía, oftalmología y otorrinolaringología.”²⁰³

El propio IMSS reconoce en un informe oficial que existe un “Importante deterioro en su capacidad e infraestructura para hacer frente al aumento de asegurados y derechohabientes, al dinamismo poblacional que viven algunas regiones y a la transición epidemiológica que vive el país.”²⁰⁴

Asimismo reconoce las quejas de los derechohabientes a nivel nacional, que existe una incapacidad para llegar a adaptarse al dinamismo de algunas regiones, que existe la privatización de facto cuando los derechohabientes al no recibir una respuesta eficaz, acuden a servicios privados y que en algunas zonas del país hay un rezago en la competitividad porque los servicios públicos son insuficientes.²⁰⁵

²⁰¹ Benjamín González Roaro, Comparecencia ante la Comisión de Salud y Seguridad Social del Senado de la República, de la LIX Legislatura, en el marco de la Glosa del Quinto Informe de Gobierno de Vicente Fox, [en línea], 3 de noviembre del 2005, Dirección URL: <http://www.issste.gob.mx/comunicacionsocial/discursos.html> , [consulta: 10 de marzo de 2009].

²⁰² *Idem.*

²⁰³ *Idem.*

²⁰⁴ IMSS, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2006-2007*, [en línea], IMSS, Dirección URL: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/EA5E70EE-7948-4EF3-BC2F-85749BB929F2/0/completo.pdf> , p. v., [consulta: 17 de diciembre de 2008].

²⁰⁵ *Ibid.*, p. vi

Sería necesario “invertir 60,000 millones de pesos para equilibrar el déficit de infraestructura médica acumulada en los últimos años.”²⁰⁶ El Instituto reconoce que “es hoy una entidad debilitada y rezagada”,²⁰⁷ que en la mayoría de los casos sus consultorios y hospitales están muy sobresaturados, y que las unidades sufren de obsolescencia y antigüedad.²⁰⁸

Los indicadores que relacionan el nivel de infraestructura con el número de derechohabientes en esta institución, muestran una tendencia negativa. Por ejemplo, el índice de consultorios por cada 1,000 derechohabientes usuarios pasó de 0.60 en 1980 a 0.41 en 2006; el índice de camas censables²⁰⁹ de hospital pasó de 1.85 por cada 1,000 derechohabientes usuarios en 1980, a 0.83 en 2006.²¹⁰ Para revertir la tendencia general de éste último indicador y regresar al menos a 1.00 cama por cada 1,000 derechohabientes, se requerirían 8,122 camas adicionales -distribuidas en 56 nuevos hospitales-, con una inversión mayor a los 44, 000 millones de pesos.²¹¹

En el gráfico siguiente claramente se observa la dramática baja en el número de camas desde 1980 hasta 2006. Esto quiere decir que no existe la capacidad para atender a los pacientes. Es sorprendente como una de las instituciones más importantes del país pueda llegar hasta niveles tan bajos de recursos.

²⁰⁶ *Ibid.*, p. viii.

²⁰⁷ *Idem.*

²⁰⁸ *Idem.*

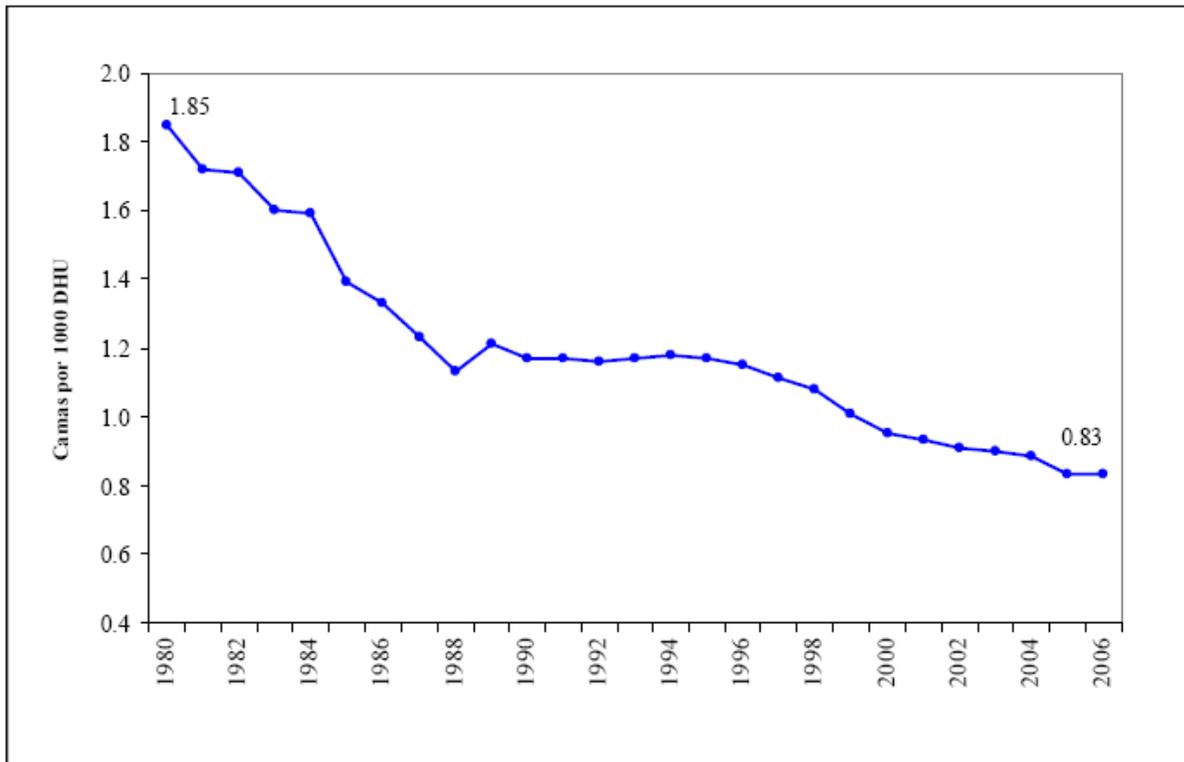
²⁰⁹ Camas censables son las que se instalan en las áreas de hospitalización para el uso regular de pacientes internos.

²¹⁰ IMSS, *op. cit.*, p. viii.

²¹¹ *Ibid.*, p. ix.

Gráfica 4

Camas censables por cada 1,000 derechohabientes, segundo y tercer nivel (1980-2006)



Fuente: IMSS, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2006-2007*, [en línea], IMSS, Dirección URL: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/EA5E70EE-7948-4EF3-BC2F-85749BB929F2/0/completo.pdf> , p. ix, [consulta: 17 de diciembre de 2008].

Los Institutos Nacionales de Salud, importantes por los servicios de calidad que otorgaban y su tecnología de punta, atraviesan también por graves problemas.²¹² En 2002 los hospitales de Tercer nivel fueron expuestos a graves recortes en su presupuesto: 8 millones de pesos al Instituto Nacional de Cardiología, 8 al Instituto Nacional de Nutrición, 12 al Hospital Infantil de México, y 10 al Instituto Nacional de

²¹²Miguel Robles; Rodrigo Vera, *op. cit.*, p. 36.

Pediatría.²¹³ Como ejemplo de este deterioro, el Instituto Nacional de Cardiología, de los años 50 a mediados de los 70, fue pionero a nivel mundial en investigación farmacológica, electrocardiografía y otras disciplinas, sin embargo, esa investigación se perdió, dándole prioridad a lo asistencial.²¹⁴ No puede ya cubrir a todos los pacientes porque es el único en su género a nivel nacional.²¹⁵ Se afirma que se realizan “sólo cinco operaciones al día, mientras se suman 15 personas a la lista de espera.”²¹⁶, y que en él existen ya áreas privadas y semiprivadas para poder obtener recursos.²¹⁷

El desmantelamiento y privatización de estas instituciones está en marcha desde el momento en que hay una saturación de los servicios, en que no hay inversión que haga crecer las unidades médicas y donde lo que se busca es reducir los gastos, el resultado es que la calidad de la atención médica es cada vez más deficiente. De esta manera las personas que tienen con qué pagar, aunque esto signifique gastos catastróficos para sus bolsillos, se ven obligados a buscar la atención en el sector privado; mientras, los que no tienen y están afiliados a alguna de estas instituciones no cuentan con otra opción más que esperar para recibir una atención cada vez más deficiente que en realidad les garantiza cada vez menos su derecho a la salud.

La crisis de las instituciones de seguridad social ha sido diferente entre cada institución: Las políticas neoliberales llevaron a un impacto negativo sobre los servicios de salud para los obreros y asalariados, mientras los servicios para los militares mantuvieron su calidad y hasta mejoraron.²¹⁸

²¹³ *Ibid.*, p. 38.

²¹⁴ *Ibid.*, p. 44.

²¹⁵ *Ibid.*, p. 43

²¹⁶ *Idem.*

²¹⁷ *Ibid.*, p. 44.

²¹⁸ Raúl Miranda-Ocampo, “La salud y la economía (1982-1992)”, *Economía Informa*, No 234, diciembre-enero 1995, p. 21.

Son amplias las desventajas de cobertura y atención de la seguridad social para los derechohabientes del IMSS e ISSSTE, pese a lo cual, la política económica neoliberal orientó el ajuste sobre los servicios de la clase obrera y empleados federales. Contrariamente, dicha política dotó de mayores recursos a los sectores militarizados de la SDN y SM con ventajas importantes en los servicios de salud, por lo que a lo largo de la década que se analiza, el impacto de la crisis y de las medidas de ajuste polarizaron la cobertura y la atención médica en México.²¹⁹

Recientemente se modificó la ley del Instituto Militar de Seguridad Social para que el gobierno pueda aumentar de 11 a 15% los recursos para prestar el servicio médico y algunos otros servicios a los militares.²²⁰

Además, “se incrementó de 70 a 80 por ciento el porcentaje que se aplica al haber que sirve de base para calcular el retiro y la compensación correspondiente, y se estableció la posibilidad de que el fondo del seguro colectivo de retiro militar pueda recibir aportaciones extraordinarias del gobierno federal.”²²¹

Todo esto nos habla claramente de lo fundamental que son los militares para el Estado como una forma de conservación del orden:

Esto refleja lo que deja de ser prioritario para el Estado y lo que sigue siendo fundamental. El IMSS y el ISSSTE, en términos generales, representan al sector de los asalariados y de los trabajadores del Estado que ya no tienen un lugar central en el funcionamiento del capitalismo neoliberal. A diferencia de ellos, el sector militar sigue teniendo una importancia estratégica en la conservación del orden.²²²

²¹⁹ *Ibid.*, p. 24

²²⁰ Andrea Becerril, “Los militares contagiados con el VIH no serán dados de baja”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 31 de octubre de 2008. Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2008/10/31/index.php?section=sociedad&article=052n1soc>, [consulta: 2 de diciembre de 2008].

²²¹ *Idem.*

²²² Ana Valencia, *op. cit.*, p. 25.

Descentralización de los servicios de salud

Como destacan Tetelboin y Granados, la privatización selectiva, la descentralización y la focalización son estrategias para la reforma de la salud.²²³

El proceso de descentralización de la salud se llevó a cabo en la década de 1980 con el argumento de la racionalización y la eficiencia para poder pagar la deuda externa. Posteriormente en 1983 esta descentralización adquirió la característica de política pública y se aplicó a la población abierta en los niveles de atención primero y segundo.²²⁴

También se llevaron a cabo reformas legales para ello, puesto que su instrumentación “requirió de un marco legal en el cual se reformó el artículo 4to Constitucional, que establece como garantía social el derecho a la protección a la salud de la población y la concurrencia en materia de salubridad general entre la federación y los estados, medida que propicia el impulso a prestadores distintos a los tradicionales, quitando la obligatoriedad pública a las atenciones.”²²⁵

Según la versión oficial esta medida era para acercar la toma de decisiones hacia los lugares a los cuales llegaba la atención a la salud. Se buscaba darle autoridad a la Secretaría de Salud y a los estados para darles independencia y autonomía en la toma de decisiones y que se pudiera delegar a los municipios de acuerdo a la misma versión oficial. Catorce estados fueron los únicos que llevaron a cabo esta reforma, todos ellos tenían buenos servicios de educación, buena infraestructura industrial y en general servicios básicos.²²⁶

²²³ Consultar: Carolina Tetelboin; Arturo Granados, *op. cit.*, p. 31.

²²⁴ *Ibid.*, p. 39

²²⁵ *Idem.*

²²⁶ *Idem.*

Se hicieron ciertos estudios comparativos y encontraron diversos problemas en la descentralización de la salud, estos problemas fueron: las limitaciones de recursos económicos, la falta de atención, problemas para abastecer los insumos, entre otros.²²⁷

Además otros análisis dieron cuenta de que la descentralización que se había llevado a cabo se hizo atribuyendo responsabilidades y funciones, pero que no respondían a una buena entrega de recursos.²²⁸

La descentralización fue una medida que se presentó de manera unilateral y en la que no participaron todos los actores implicados como trabajadores y usuarios, además de los gobiernos estatales.²²⁹ La descentralización trajo problemas pues sólo hizo que la federación se desentendiera de la atención a la salud para conducirla a los estados:

Otra de sus características es el traslado de responsabilidades y problemas de la federación a los estados sin la transferencia de la capacidad resolutoria, técnica y financiera, que aceleró el deterioro de los servicios de salud y el desmantelamiento de programas de control de enfermedades y por otra parte, favoreció el traslado de los costos de la atención y del mantenimiento de los servicios a los usuarios.²³⁰

Hubo estados privilegiados, ya que los que contaban con más recursos absorbieron más dinero de la federación.²³¹ Mientras en los estados pobres la falta de recursos provocó que los servicios de salud tuvieran una calidad muy baja. Hubo necesidad de buscar otras

²²⁷ *Ibid.*, p. 40.

²²⁸ *Idem.*

²²⁹ Oliva López Arellano, "Desmantelamiento o modernización de la política social", en Sonia Fleury Teixeira (org.), *Estado y Políticas Sociales en América Latina*, México, UAM-X, 1992. pp. 350-351.

²³⁰ *Ibid.*, p. 351.

²³¹ Guillermo Soberon; J. Kumate; J. Laguna (comps.), *La salud en México: Testimonios, 1988: El cambio Estructural*. Tomo I, FCE, México, 1988, p. 121. Citados en: Oliva López Arellano, "Desmantelamiento o modernización de la política social", en Sonia Fleury Teixeira, (org.), *Estado y Políticas Sociales en América Latina*, México, UAM-X, 1992, p. 351.

formas para financiarse como: “impuestos estatales y municipales, formas de prepago, pago por servicios, inversión privada, aumento de cuotas de recuperación.”²³²

La descentralización trajo graves consecuencias para los servicios de salud descentralizados: “En síntesis, en los estados en que se concretó el proceso descentralizador, se fracturaron los mecanismos redistributivos, prevalecieron las formas autoritarias y se privilegió la atención simplificada de bajo costo. Los programas permanentes y los servicios de las instituciones que atienden a población sin seguridad social, prácticamente fueron desmantelados.”²³³

En la década de 1990 el proceso de descentralización que había iniciado antes, siguió su curso; completando el proceso que se había llevado a cabo.²³⁴ En 1998 los últimos estados fueron incorporados a la descentralización.²³⁵

Así vemos cómo la descentralización no trajo mejorías en la atención a la salud, porque entre otras cosas no se acompañó de un aumento de recursos hacia los estados de la federación sino que sólo se delegaron responsabilidades. Como observamos antes la descentralización no se lleva a cabo para dar autonomía a los gobiernos estatales sino para dejar de dar más recursos para la salud que provengan del gobierno federal, esto trae como consecuencia que los servicios públicos de salud en cada estado no cuenten con recursos para ofrecer una atención de calidad a los usuarios:

²³² Andrew Creese, *Financiamiento de la Atención a la Salud*. Ponencia al V Congreso Internacional de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública. México, 1987; y Banco Mundial. “El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma.” *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 103, Núm. 6 (especial), Washington, diciembre de 1987. Citados en Oliva López Arellano, “Desmantelamiento o modernización de la política social”, en Sonia Fleury Teixeira, (org.), *Estado y Políticas Sociales en América Latina*, México, UAM-X, 1992. p. 351.

²³³ Oliva López Arellano, “Desmantelamiento o modernización de la política social”, en Sonia Fleury Teixeira, (org.), *Estado y Políticas Sociales en América Latina*, México, UAM-X, 1992. pp. 351-352.

²³⁴ Secretaría de Salud, *op. cit.* 1, p. 24.

²³⁵ Guillermo Fajardo Ortiz, “De 1982 a 2001: Tiempos de reformas y nuevos avances”, en Guillermo Fajardo Ortiz, *et al.*, *Perspectiva histórica de atención a la salud en México 1902-2002*, [en línea], México, Organización Panamericana de la Salud, 2002, primera edición. Dirección URL: <http://www.mex.ops-oms.org/documentos/antecedentes/perspectivas.pdf>, p. 114. [consulta: 21 de noviembre de 2008].

“La descentralización, constituye una de las estrategias fundamentales del Plan Nacional de Desarrollo, 2001-2006; en tal contexto se planteó abordar la descentralización generando nuevos mecanismos de gestión política y financiera que permitan hacer más independientes los niveles estatal y municipal, tanto en la producción como en el financiamiento de los servicios”.²³⁶

Subrogación de servicios médicos

Una de las medidas que son parte del proceso de privatización es la subrogación de la atención. Como señalan Eibenschutz, Tamez y Bodek, la subrogación ha surgido desde la creación de las instituciones, pero fue hasta 1980 que creció mucho más.²³⁷

Desde su nacimiento, en 1943, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha subrogado algunos de los servicios que presta. Es "una práctica normal" que se da por necesidades derivadas de la capacidad instalada o por la ubicación geográfica de las clínicas y hospitales, explicaron funcionarios del organismo.

Cuando el instituto fue creado, señalaron, no tenía instalaciones propias, por lo que tenía que rentarlas e inclusive, los artículos de la ley que prevén los contratos con empresas privadas se han mantenido inalterados desde 1943. No cambiaron ni en la reforma de 1973 ni en la de 1997.²³⁸

Las reformas legales tienen relevancia porque son las que sustentan la supuesta legitimidad de la subrogación, es ésta una forma de hacer legítima la privatización. Así es más fácil que las personas acepten las reformas, es decir, las reformas legales tratan de

²³⁶ Armando Arredondo, *et al.*, “Efectos de la descentralización en el financiamiento de la salud en México”, [en línea], Dirección URL <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18461.pdf>, p. 122 , [consulta: 15 de octubre de 2010].

²³⁷ Catalina Eibenschutz, *et al.*, *op. cit.*, p. 58.

²³⁸ Angeles Cruz Martínez, “‘Normal’ que el Seguro Social subrogue servicios”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 13 de julio de 2005, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2005/07/13/043n3soc.php>, [consulta: 31 de marzo de 2008].

legitimar y no sólo legalizar para que las personas las acepten, esto puede ser posible porque las personas no están realmente enteradas de lo que significa la subrogación, que es parte de un proceso de privatización. Veamos que dice el siguiente artículo.

Según el artículo 89 de la ley del IMSS el instituto puede prestar los servicios que tiene encomendados:

I. Directamente, a través de su propio personal e instalaciones;

II. Indirectamente, en virtud de convenios con otros organismos públicos o particulares, para que se encarguen de impartir los servicios del ramo de enfermedades y maternidad y proporcionar las prestaciones en especie y subsidios del ramo de riesgos de trabajo, siempre bajo la vigilancia y responsabilidad del Instituto. Los convenios fijarán el plazo de su vigencia, la amplitud del servicio subrogado, los pagos que deban hacerse, la forma de cubrirlos y las causas y procedimientos de terminación, así como las demás condiciones pertinentes;

III. Asimismo, podrá celebrar convenios con quienes tuvieren establecidos servicios médicos y hospitalarios, pudiendo convenirse, si se tratare de patrones con obligación al seguro, en la reversión de una parte de la cuota patronal y obrera en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios relativos. En dichos convenios se pactará, en su caso, el pago de subsidios mediante un sistema de reembolsos. Estos convenios no podrán celebrarse sin la previa anuencia de los trabajadores o de su organización representativa, y

IV. Mediante convenios de cooperación y colaboración con instituciones y organismos de salud de los sectores públicos federal, estatal y municipal, en términos que permitan el óptimo aprovechamiento de la capacidad instalada de todas las instituciones y organismos. De igual forma, el Instituto podrá dar servicio en sus instalaciones a la población atendida por dichas instituciones y organismos, de acuerdo a su disponibilidad y sin perjuicio de su capacidad financiera.

En todo caso, las personas, empresas o entidades a que se refiere este artículo, estarán obligadas a proporcionar al Instituto los informes y estadísticas médicas o administrativas que éste les exigiere y a sujetarse a las instrucciones, normas técnicas, inspecciones y vigilancia

prescritas por el mismo Instituto, en los términos de los reglamentos que con respecto a los servicios médicos se expidan.²³⁹

La reversión de cuotas quiere decir que el IMSS regresa a las empresas las cuotas para que los trabajadores se atiendan en un hospital privado. En 1998 según el entonces director del Instituto esto pasaba con los bancos y algunas empresas del grupo Monterrey. La subrogación de servicios ocurre cuando el IMSS contrata a proveedores privados de servicios médicos para atender a sus derechohabientes.²⁴⁰

La reversión de cuotas y la subrogación de servicios son formas de privatización de la salud porque la atención que se requiere la llevan a cabo los particulares. Si la atención que siguen dando los particulares por medio de la reversión de cuotas y la subrogación crece más y más, las instituciones públicas se van desmantelando: “En ambos casos la producción del servicio deja de ser pública. Se privatiza.”²⁴¹

Estas prácticas se evidencian en hechos como los siguientes:

El Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) dio cuenta de las muestras cervicouterinas para las cuales el IMSS contrató a una empresa privada que las analizara, lo cual resultó en pagos de 30 a 40 millones de pesos.²⁴² En 1998 Genaro Borrego Estrada, entonces director general del IMSS reveló que:

“trabajadores de mil 33 empresas reciben atención médica y seguridad social en general a través de la subrogación y de la reversión de cuotas. (...) Representan 2.47 por ciento

²³⁹ Ley del Seguro Social, Dirección URL: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/15E5C49C-4938-4966-814D-D75878A6CCF1/0/LeySeguroSocial.pdf>, p. 27. [consulta: 17 de noviembre de 2008].

²⁴⁰ Julio Boltvinik, “Privatizar para segregar”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 3 de abril de 1998, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/1998/04/03/bolvitnik.html>, [consulta: 3 de diciembre de 2008]

²⁴¹ *Idem.*

²⁴² Angeles Cruz Martínez, *op. cit.*

del total de asegurados - -se erogan 600 millones de pesos en pagos por ese servicio, que ofrecen terceras empresas- -.²⁴³

Con respecto a las guarderías, este servicio nació en 1973. Diez años después llegó el esquema participativo, donde el IMSS lleva a cabo una capacitación y las asociaciones civiles edifican los lugares donde se van a establecer las guarderías y además administran. En 1995, gracias a un Diagnóstico que elaboró Genaro Borrego surgió un nuevo modelo; el modelo vecinal-comunitario.²⁴⁴ Este modelo significó una “ruta de abierto retiro del instituto en la prestación directa.”²⁴⁵

Las guarderías vecinales comunitarias son aquellas que en la actualidad reciben el mayor número de niños. En 2002 la coordinadora de las guarderías del IMSS, Dora Isabel García Kebeh, informaba que: “de las mil 159 unidades con que se prestaba el servicio a 139 mil 400 niños en todo el país, 692 corresponden al sistema de vecinales comunitarias, las cuales atienden a 81 mil menores.”²⁴⁶

Este tipo de guarderías se ubican en lugares propiedad de particulares que establecen un convenio de subrogación de servicios con el instituto, que se va renovando año con año.²⁴⁷

El IMSS paga a la guardería mes con mes por cada niño que haya ido a la estancia.²⁴⁸

²⁴³ Andrea Becerril, “‘Disparate’, hablar de la privatización del IMSS: Borrego a legisladores”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 22 de abril de 1998, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/1998/04/22/>, [consulta: 13 de junio de 2007].

²⁴⁴ Gustavo Leal F., “Ayuda a los pobres...!pero no los hagas ricos!”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 21 de junio de 2003, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2003/06/21/022a1pol.php?origen=opinion.php&fly=1>, [consulta: 3 de noviembre de 2008].

²⁴⁵ *Idem.*

²⁴⁶ Angeles Cruz, “Derechohabientes impugnan el cierre de guardería subrogada por el IMSS”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 22 de junio de 2002, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2002/06/22/040n2soc.php?origen=soc-jus.html>, [consulta: 2 de enero de 2009].

²⁴⁷ *Idem.*

Después de la reforma a la Ley del Seguro Social, en 1997, lo que hizo el IMSS para hacer crecer los lugares en las guarderías fue impulsar la subrogación. En 2008, las mil 586 estancias privadas que trabajaban con el instituto, atendían aproximadamente a 230 mil niños, mientras que las del régimen ordinario, apenas llegaban a la cantidad de 125. Pero desde 2003, el IMSS ha restringido el dinero para el programa de guarderías, todo esto ha llevado a una disminución de los recursos económicos que las guarderías tienen para cada niño. Ese año también cambió lo que el IMSS requería para que las guarderías funcionaran bien. Todo esto repercutió en que se redujo el personal que atiende a los niños, la alimentación cambió, al igual que los espacios físicos.²⁴⁹

En 2008 el instituto llevó a cabo una licitación para nuevas guarderías, sin embargo, disminuyó la cuota. Ésta fue 17 por ciento menor a la que ya recibían las guarderías instaladas, señalaba María Luisa Gárate, presidenta de la Asociación Nacional de Guarderías, agrupación representante de mil 586 establecimientos que brindan servicios al IMSS por medio de contratos subrogados.²⁵⁰

La falta de guarderías, según información del IMSS surgió del desvío del 1% de las cuotas de los obreros y los patrones que hubieran servido para las guarderías. En 1997 existían un poco más de 50 mil lugares. En 2002 se llegó a 150 mil lugares. El esquema vecinal hizo que aumentaran los lugares. Sin embargo apenas se atiende una cuarta parte de la demanda potencial que es aproximadamente de 420 mil niños²⁵¹ Con el

²⁴⁸ *Idem.*

²⁴⁹ Ángeles Cruz Martínez, “Prevén el cierre de guarderías que prestan sus servicios al IMSS”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 24 de octubre de 2008, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2008/10/24/index.php?section=sociedad&article=051n2soc>, [consulta: 11 de enero de 2009].

²⁵⁰ *Idem.*

²⁵¹ Angeles Cruz, “Orilla IMSS a bajar la calidad de servicio en guarderías subrogadas”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 1 de febrero de 2003, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2003/02/01/038n3soc.php?origen=soc-jus.html>, [consulta: 2 de mayo de 2008].

esquema participativo y vecinal, “el IMSS pudo disminuir los costos del servicio en casi dos terceras partes.”²⁵²

Por otra parte, existen informes de la mala calidad que ofrecen las guarderías subrogadas, por ejemplo: “Las quejas por la calidad en las guarderías subrogadas son ya imparables: sospechas de maltrato infantil (Guardería Miguelito, U-0592 en Vallejo); desigual calificación y frecuente rotación del personal (enfermeras, maestras), ausencia de médicos, mala alimentación y difusa responsabilidad de los titulares de las guarderías o sus representantes, entre otras.”²⁵³

El IMSS cambió en 2003 las reglas de las guarderías subrogadas disminuyendo las cuotas por niño. En 2005 hubo nuevas reglas que exigían más servicios a las guarderías subrogadas como la realización del historial médico, examen óptico, computadoras, esto hizo que las guarderías entraran en crisis, un ejemplo: mientras lo que se pagaba por niño en el esquema directo llegaba a 4 mil pesos promedio, en el subrogado llegaba solo a 2 mil 458 pesos. Bajo estas condiciones la calidad de la atención es muy pobre.²⁵⁴

Un ejemplo de esta mala calidad fue la trágica muerte de 49 niños y decenas de heridos en un incendio, en la guardería subrogada ABC en Sonora en 2009.²⁵⁵

Con respecto a la subrogación de servicios en el ISSSTE, la nueva ley del ISSSTE reformada el 31 de marzo de 2007 en su artículo 31 dice:

²⁵² *Idem.*

²⁵³ Gustavo Leal F., “Guarderías IMSS: ¿”crecer” sin calidad?”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 18 de noviembre de 2006, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2003/02/01/038n3soc.php?origen=soc-jus.html>, [consulta: 15 de noviembre de 2008].

²⁵⁴ *Idem*

²⁵⁵ Ulises Gutiérrez Ruelas, “Familiares de los niños muertos en la guardería ABC marchan en Sonora”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 6 de febrero de 2010, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2010/02/06/index.php?section=estados&article=027n2est>, [consulta: 20 de febrero de 2010].

Los servicios médicos que tiene encomendados el Instituto en los términos de los capítulos relativos a los seguros de salud y de riesgos del trabajo, los prestará directamente o por medio de convenios que celebre con quienes presten dichos servicios, de conformidad con el reglamento respectivo. Los convenios se celebrarán preferentemente con instituciones públicas del sector salud.

En tales casos, las instituciones que hubiesen suscrito esos convenios, estarán obligadas a responder directamente de los servicios y a proporcionar al Instituto los informes y estadísticas médicas o administrativas que éste les solicite, sujetándose a las instrucciones, normas técnicas, inspecciones y vigilancia establecidas por el mismo Instituto.

El Instituto, previo análisis de la oferta y la demanda y de su capacidad resolutive, y una vez garantizada la prestación a sus Derechohabientes, podrá ofrecer a las instituciones del sector salud la capacidad excedente de sus unidades prestadoras de servicios de salud, de acuerdo con el reglamento respectivo.

En estos casos, el Instituto determinará los costos de recuperación que le garanticen el equilibrio financiero.²⁵⁶

El análisis, titulado *Tecnócratas y caciques sindicales se adueñan del futuro pensionario de los servidores públicos*, elaborado por el investigador Gustavo Leal, de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, señala que la reforma a la Ley del ISSSTE, va contra los esquemas de la jubilación. La reforma tiene entre sus propósitos hacer que se lleve a cabo una competencia entre los hospitales públicos, además de que el catálogo de prestación de servicios será más pequeño.²⁵⁷

²⁵⁶ Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Dirección URL: <http://www.issste.gob.mx/nuevaley/leydelissste.pdf> p. 10. [consulta: 10 de noviembre de 2008].

²⁵⁷ Patricia Muñoz Ríos, “Crecerá la subrogación en el ISSSTE, afirma investigador”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 19 de junio de 2007, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/19/index.php?section=politica&article=011n2pol>, [consulta: 16 de noviembre de 2008].

Al ser más pequeño el catálogo de prestación de servicios, las personas tendrán que buscar la otra opción que es ir a lo privado, eso, claro está, si tienen dinero para pagar lo que necesitan.

Un estudio elaborado por Odilia Ulloa Padilla (economista) y Miguel Alonso Raya (ex presidente de la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Diputados) señala que la nueva Ley del ISSSTE incluye “acuerdos de gestión con unidades prestadoras de servicios de salud del propio ISSSTE y del sector salud -públicas y privadas-, y convenios de subrogación de servicios”.²⁵⁸

La investigadora Cristina Laurell expone que de hecho la subrogación de servicios es un aspecto que ya existe en el ISSSTE, por ejemplo, en 1999 se pagaron 201 millones de pesos a particulares, mientras en 2005 la cifra llegó a 801 millones.²⁵⁹

Si la subrogación de servicios crece, los recursos se canalizan hacia manos privadas y no hacia los institutos públicos, entonces ya no existe la preocupación por construir infraestructura para atender la demanda puesto que ésta puede canalizarse hacia la atención privada. Por lo tanto si la subrogación crece, dejan de crecer los institutos como prestadores de servicios. La subrogación es una forma de privatización porque los institutos dejan de crecer debido a que en lugar de hacer frente a su incapacidad para atender a la población invirtiendo en infraestructura y equipo, lo hacen canalizando los recursos hacia el sector privado al buscar sus servicios. Ésta es también una forma de desmembramiento de las instituciones de salud y seguridad social.

²⁵⁸ Rosa Elvira Vargas, “Desmantelar el ISSSTE, meta de la nueva ley del organismo: expertos”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 26 de junio de 2007, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/26/index.php?section=politica&article=010n2pol>, [consulta: 3 de noviembre de 2009].

²⁵⁹ Angeles Cruz Martínez, “Advierte Laurell sobre la posible privatización de servicios médicos”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 21 de marzo de 2007, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2007/03/21/index.php?section=politica&article=005n2pol>, [consulta: 8 de mayo de 2009].

Las reformas a los sistemas de pensiones

En el marco del desmantelamiento de los derechos de los trabajadores, una de las reformas más importantes para las Instituciones de Seguridad Social es la privatización de las pensiones.

Hasta 1996 el principio de Seguridad Social en el IMSS se concentraba en: enfermedades y maternidad; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; riesgos de trabajo; guardería y prestaciones sociales.²⁶⁰ El sistema de reparto del fondo colectivo en el caso del seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte “consistía en usar parte de las cotizaciones de los asegurados en activo para pagar las pensiones.”²⁶¹ En el caso del Seguro de Enfermedad General y Maternidad se regía por el principio de “pago según salario y acceso según necesidad.”²⁶² Esto quiere decir que los trabajadores pagaban una parte de su sueldo conforme a lo que ganaban y con ello tenían derecho a todos los servicios que brindaba el IMSS.

Con la reforma a la Ley del Seguro Social de 1997, el IMSS conserva los seguros de maternidad, guarderías y riesgos de trabajo y enfermedades no profesionales que impidan al trabajador continuar desempeñando su actividad, así como la protección de sus beneficiarios en caso de fallecimiento o de ser pensionado por invalidez. Los seguros de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, “pasan de ser una responsabilidad social a una responsabilidad individual, donde cada persona será responsable de la suficiencia de su propio retiro, rompiéndose con ello el concepto solidario de la seguridad social.”²⁶³

²⁶⁰ Angelina Gutiérrez Arriola, *México dentro de las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social de América Latina*, México, Siglo XXI Editores / IIEc-UNAM, 2003, p. 151.

²⁶¹ Asa Cristina Laurel, *La Reforma contra la Salud y la Seguridad Social*, México, Ed. Era, Fund. Friedrich Ebert Stiftung, p 25, 1977, en Angelina Gutiérrez Arriola, *México dentro de las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social de América Latina*, México, Siglo XXI Editores / IIEc-UNAM, 2003, p. 103.

²⁶² *Idem.*

²⁶³ Angelina Gutiérrez Arriola, *op. cit.*, p. 151.

El trabajador que cumpla con los requisitos, obtendrá una pensión mediante un fondo integrado con aportaciones del trabajador, su patrón y el gobierno. Así, cada trabajador tiene una cuenta individual que podrá abrir en la Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE) que él elija, en la que se depositarán las cuotas obrero-patronal-estatal por concepto de seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez. Cada Afore operará una Sociedad de Inversión Especializada de Fondos para el Retiro (SIEFORE) encargada de la inversión de los recursos. La Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR) se encarga de regular el nuevo sistema. El Estado absorbe el costo de las pensiones del antiguo régimen y se compromete a dar una pequeña aportación para cada trabajador afiliado, en especial para los de menores ingresos para garantizarles una pensión mínima.²⁶⁴

Los siguientes son algunos de los objetivos del Sistema de Ahorro para el Retiro presentados en la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro (LSAR) publicada el 23 de mayo de 1996:

- “Garantizar una pensión digna a través de un sistema más justo, equitativo y viable financieramente. (...)”
- Motivar la participación activa del trabajador, asegurando la plena propiedad y control del trabajador sobre sus ahorros, permitiendo la libre elección por el trabajador de la Administración de Fondos de Ahorros para el Retiro (AFORE) que administrará los recursos de su cuenta individual de ahorro para el retiro. (...)”
- Promover la administración transparente de los recursos de los trabajadores, canalizándolos a fomentar actividades productivas para el desarrollo nacional.”²⁶⁵

Los supuestos que el gobierno manejó para reformar el Sistema de Pensiones fueron que con ello se incrementaría el ahorro doméstico, lo que llevaría a mejorar el crecimiento económico, ya que el aumento en la inversión necesita ser apoyado por un aumento del

²⁶⁴ *Ibid.*, pp. 151-152

²⁶⁵ *Ibid.*, p. 124

ahorro interno que garantice al sector privado el manejo de considerables recursos; y por otro lado, que así se promovería un ingreso más seguro para la vejez.²⁶⁶ Sin embargo, “la aceptación de la participación privada en la administración de las pensiones introduce incertidumbre y riesgo en el ahorro de los trabajadores, cuyo buen resultado dependerá tanto del nivel de ingreso individual, esfuerzo y capacidad de cada individuo en el periodo de su vida productiva, como de las comisiones y rendimientos diarios obtenidos por la AFORE elegida.”²⁶⁷ Además, en un país como México donde aumenta el empleo temporal y el desempleo, donde poco a poco desaparecen los empleos estables, se vuelve incierto si las pensiones alcanzarán para atender a la población que tiene derecho a ellas.²⁶⁸

La legislación permite además, crear un tipo de Afores controladas mayoritariamente por instituciones financieras extranjeras.²⁶⁹ “Las instituciones financieras de países pertenecientes al TLC, Colombia, Costa Rica y Venezuela pueden establecer Afores con participación mayoritaria; hasta el 49% de las acciones de esas Afores podrán ser propiedad de otros accionistas extranjeros o mexicanos. Las Afores propiedad de extranjeros recibirán el mismo trato que las de propiedad de mexicanos”.²⁷⁰

Algo importante a destacar es la claridad con la que aquí aparecen los elementos de la ideología neoliberal, que maneja una concepción individualista reflejada en las medidas tomadas para que cada trabajador se haga cargo de su propia pensión como mejor pueda, con el argumento de que va a tener la libertad de elegir la AFORE que mejor le convenga. Veamos cómo la injerencia de la iniciativa privada en las pensiones de los trabajadores en el caso de las Afores es una forma de privatización, lo que para la banca

²⁶⁶ *Ibid.*, p. 120.

²⁶⁷ *Ibid.*, pp. 120, 124.

²⁶⁸ *Ibid.*, p. 152

²⁶⁹ *Ibid.*, p. 126.

²⁷⁰ *Idem.*

significa una gran transferencia de recursos; cabe hacer notar que es permitido que se constituyan Afores propiedad de extranjeros y que reciban el mismo trato que las nacionales.

Tan sólo en 2005, el manejo de los ahorros de los trabajadores dejó un beneficio de más de 4 mil millones de pesos en ganancias netas a las Administradoras de Fondos para el Retiro según informes de la CONSAR. Las utilidades obtenidas por las AFORE en los cinco años del gobierno de Vicente Fox llegaron a 19 mil 418.7 millones de pesos que se distribuyeron entre los propietarios de estas empresas. Por otro lado en promedio por persona, cada trabajador poseía 26 mil 950.4 pesos en alguna de las 16 empresas que administraban más de 577 mil millones de pesos en fondos para el retiro.²⁷¹

Mientras la población derechohabiente tiene muy poco en sus ahorros, para las empresas que administran el dinero éste es un muy buen negocio.

El sistema de pensiones implantado hace 11 años en nuestro país hoy exhibe su verdadero rostro. Se trata de un auténtico despojo de los magros recursos de la población trabajadora, que beneficia a un puñado de empresas trasnacionales llamadas Afores, Siefores y aseguradoras privadas. Los fondos han perdido 52 mil millones de pesos en el presente año en inversiones en contraste, las empresas administradoras han cobrado comisiones por 10 mil millones de pesos en el mismo periodo. Mientras muchos pierden pocos ganan.

(...)

A medida que se confirma el comportamiento real de este sistema de pensiones sustentado en cuentas individuales, se acreditan sus limitaciones. Es un modelo inseguro para los trabajadores, pues estos deben cargar con todos los riesgos financieros; el Estado y el patrón eluden cualquier responsabilidad; conlleva una confiscación en la medida que obliga a los asalariados a colocar su patrimonio en manos de entidades privadas, que los manejan como

²⁷¹ Juan Zúñiga y Víctor Cardoso, “Utilidades por más de \$4 mil millones para las Afore en 2005”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 23 de enero de 2006, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2006/01/23/index.php?section=economia&article=024n1eco>, [consulta: 5 de febrero de 2010].

propios sin arriesgar nada, cobrando sus comisiones sobre el monto de las cantidades ahorradas y no por el resultado de su gestión financiera.

(...)

Además de obligatorio, privado e inseguro, el sistema tiende a otorgar pensiones cada vez más bajas. La proyección esperada bajo el actual sistema es que los trabajadores que ingresaron al régimen del IMSS con posterioridad a la reforma que entró en vigor en julio de 1997, recibirán pensiones con tendencia decreciente y sensiblemente inferiores comparadas con las del régimen anterior.²⁷²

Este sistema obliga a los trabajadores a entregar su dinero a manos de las AFORE que siguen ganando dinero a diferencia de los trabajadores de cuyos fondos se han perdido millones. El Estado y el patrón se quitan de esa responsabilidad, mientras el monto de las pensiones es cada vez más bajo.²⁷³

Según un estudio del grupo financiero Banamex en el periodo enero-noviembre de 2008 los fondos de pensión tuvieron una pérdida acumulada de 87 mil 300 millones de pesos, monto que fue superior al total de las aportaciones para el retiro, cesantía y vejez en estos 11 meses, que ascendieron a 82 mil 600 millones de pesos.²⁷⁴

Se argumentó que el cambio en el Sistema de Pensiones promovería el ahorro interno y la inversión productiva, sin embargo, esto es prácticamente incompatible con la realidad

²⁷² Arturo Alcalde Justiniani, "El fraude de las Afores", [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 30 de agosto de 2008, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2008/08/30/index.php?section=opinion&article=018a1pol>, [consulta: 2 de septiembre de 2009].

²⁷³ *Idem*

²⁷⁴ Israel Rodríguez, "Pérdidas de las Afores superan las aportaciones de 11 meses", [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 21 de diciembre de 2008, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2008/12/21/index.php?section=economia&article=016n1eco>, [consulta: 10 de noviembre de 2009].

en un país como México y en una región del mundo como América Latina, en la que, a pesar de tener uno de los más pobres desempeños económicos en los últimos años, la actividad de la banca privada es una de las más rentables del planeta; donde México es el país de la región con la mayor tasa de crecimiento de ganancias y donde la banca extranjera actúa en función de intereses de sus matrices y por lo tanto no apoya a los sectores clave para el crecimiento económico del país. En México 90% de los activos del sistema bancario está controlado por extranjeros que evitan otorgar crédito a sectores que podrían ser importantes para el crecimiento del país.²⁷⁵

Según la CONSAR, por ejemplo, las SIEFORE contaban con una cartera total de 586 mil 780.2 millones de pesos propiedad de los trabajadores,²⁷⁶ “colocados en diversos instrumentos del mercado bursátil, principalmente de deuda.”²⁷⁷ Es decir, los ahorros se colocan en inversiones riesgosas sin garantía para los trabajadores.

a una década de distancia el balance es aterrador: en los primeros diez años de operación, los ingresos de las Afores por el cobro de comisiones se incrementaron a una tasa media (sic) de anual de 13.15 por ciento, de tal suerte que en el periodo ascendieron a 120 mil millones de pesos. De 1998 a 2007, las Afores acumularon utilidades netas por 28 mil 500 millones de pesos, mientras los trabajadores pagaron hasta 23 centavos por cada peso que aportaron para su pensión. En términos porcentuales, de 1998 a 2007 la utilidad neta de las Afores creció a una tasa media anual de 24.11 por ciento; mientras que el rendimiento de las cuentas de los trabajadores apenas fue de 2.7 por ciento, una diferencia de nueve tantos a favor de las utilidades empresariales, de acuerdo con el más reciente análisis (mayo 2008) que sobre esta “solución definitiva” elaboró la Cámara de Diputados, por medio de su Centro de Estudios de las Finanzas Públicas.

²⁷⁵ Roberto González Amador. “En México los bancos obtienen las mayores ganancias del mundo”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 21 de noviembre de 2005, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2005/11/21/031n1eco.php>, [consulta: 12 de agosto de 2009].

²⁷⁶ Juan Zúñiga y Víctor Cardoso, *op. cit.*

²⁷⁷ *Ibid.*, p. 24.

(...) los dueños de las Afores han destinado los dineros de los trabajadores de la siguiente forma: al cierre de 2007, sólo 17 centavos de cada peso se había canalizado al financiamiento de actividades productivas en empresas del sector privado y paraestatal, así como a estados y municipios. Los 83 centavos restantes se “invertieron” (léase especularon) en instrumentos de deuda avalados por el mercado bursátil y el gobierno federal.²⁷⁸

Lo anterior empieza a aplicarse al ISSSTE con la reciente reforma al sistema de pensiones, así las dos grandes instituciones de seguridad social del país ya han pasado a la individualización de los sistemas de pensiones.

La reforma en el ISSSTE es importante si se considera que se trata de 2 millones 400 mil trabajadores y de 560 mil pensionados.²⁷⁹

La nueva Ley del ISSSTE fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el sábado 31 de marzo de 2007. Esto fue algo sorprendente porque las publicaciones se hacen de lunes a viernes.²⁸⁰

Eduardo Miranda Esquivel, representante de la Unión de Juristas de México (UJM) afirma que la nueva ley del ISSSTE tiene como finalidad basarse en cuentas de capitalización individual, que serán administradas por aseguradoras privadas que cobrarán por sus servicios. Los trabajadores no estarán protegidos en caso de quiebra.²⁸¹ Miranda Esquivel afirma que además “el trabajador deberá cotizar más

²⁷⁸ Carlos Fernández-Vega, “México SA”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 12 de mayo de 2008, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2008/05/12/index.php?section=opinion&article=026o1eco>, [consulta: 28 de marzo de 2009].

²⁷⁹ Benjamín González Roaro, *op. cit.*

²⁸⁰ Alma Muñoz, “En vigor, la Ley del ISSSTE; el sábado fue publicada en el *Diario Oficial*”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 3 de abril de 2007, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2007/04/03/index.php?section=politica&article=006n1pol>, [consulta: 5 de agosto de 2008].

²⁸¹ Jesús Aranda, “Fallo sobre Ley del ISSSTE *avala* privatizar la seguridad social”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 23 de junio de 2008, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2008/06/23/index.php?section=sociedad&article=046n1soc>, [consulta: 2 de septiembre de 2009].

años y pagar una cuota más alta. Los hombres se retirarán hasta cumplir 60 años edad (sic) mientras que las mujeres lo harán a los 58;”.²⁸²

Así se rompe con la solidaridad entre los trabajadores activos y los pensionados:

al trasladar el régimen de jubilación a cuotas individuales se carga el peso de su funcionamiento fundamentalmente en los hombros de los trabajadores. Al migrar las pensiones de los burócratas a cuotas individuales se rompe el espíritu de la seguridad social como un mecanismo redistributivo del ingreso y de solidaridad intergeneracional, que tiene su origen en la Constitución de 1917. La medida forma parte de la privatización del sistema de pensiones..²⁸³

Según un informe elaborado por la agrupación Unidad de Estudios sobre Seguridad Social (UESS) se encontró que el concepto de jubilación desapareció de la redacción, y llegará a una pensión de la que se hará cargo una aseguradora privada.²⁸⁴

La Ley del ISSSTE pretende crear una AFORE que será pública llamada Pensionisste. Después de tres años el trabajador podrá elegir entre las afores privadas que existen en el mercado.²⁸⁵

El ministro presidente de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), Guillermo I. Ortiz Mayagoitia, así como Juan N. Silva Meza, ministro de la SCJN aseguran que en la nueva Ley del ISSSTE:²⁸⁶ “el sistema de cuentas individuales y el nuevo esquema de

²⁸² *Idem.*

²⁸³ Luis Hernández Navarro, “Ley del ISSSTE: atraco a mano alzada”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 20 de marzo de 2007, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2007/03/20/index.php?section=opinion&article=017a1pol>, [consulta: 20 de diciembre de 2008].

²⁸⁴ Emir Olivares Alonso, “La Ley del ISSSTE, diseñada para que „no se cobren las pensiones””, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 14 de mayo de 2007, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2007/05/14/index.php?section=politica&article=006n3pol>, [consulta: 2 de mayo de 2009].

²⁸⁵ Laura Poy Solano, “Ley del ISSSTE, nueva imposición de Gordillo que no toleraremos: docentes”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 18 de marzo de 2007, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2007/03/18/index.php?section=politica&article=005n1pol>, [consulta: 2 de mayo de 2009].

²⁸⁶ Jesús Aranda, ”Con la Ley del ISSSTE, el Estado abdicó de sus responsabilidades”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 1 de septiembre de 2008, Dirección URL:

pensiones constituyen un nuevo régimen de seguridad social, porque aumentan las cuotas a los trabajadores en activo, aumentan la edad y años de servicio y retrasan el beneficio de pensión de retiro por razones de edad y años trabajados con más tiempo de cotización y menos tiempo de duración de la pensión.”²⁸⁷

Según un análisis de personas especializadas en el tema “la nueva ley liberaliza, o de plano elimina, prestaciones y servicios considerados a partir de ahora "accesorios" al sistema de seguridad social, como préstamos personales, tiendas, farmacias y servicios turísticos, funerarios, culturales y deportivos”.²⁸⁸ Es decir, también se pierden estos derechos.

Bajo el neoliberalismo la salud deja de ser un derecho esencial para convertirse en algo individual que puede y debe generar ganancias a los particulares. Así se rompe con un derecho que se ganó gracias a la Revolución Mexicana. Las instituciones creadas para atender a la salud de los mexicanos sufren el desmantelamiento, la sobresaturación, una baja en el presupuesto dedicado a ellas, la privatización de las pensiones: una destrucción.

Mientras, los mexicanos tienen pocas opciones para sobrevivir: esperar para recibir una atención cada vez más deficiente o irse a los servicios privados si es que cuentan con los recursos suficientes. Es esta la historia de un derecho convertido en un lujo al que pocos pueden acceder si es que quieren algo de calidad.

<http://www.jornada.unam.mx/2008/09/01/index.php?section=sociedad&article=045n1soc>, [consulta: 13 de junio de 2009].

²⁸⁷ *Idem.*

²⁸⁸ Rosa Elvira Vargas, *op. cit.*

Capítulo IV

La campaña ideológica neoliberal

En este capítulo se hablará de la campaña ideológica que surge para encubrir el proceso de privatización. Se hará un análisis de los discursos que se utilizan para ocultar dicha privatización. También se hablará del papel que tiene el Seguro Popular en la campaña ideológica neoliberal.

El análisis de los discursos y el Seguro Popular serán tomados como el estudio de caso de la campaña ideológica neoliberal y de la privatización de la salud.

Entendemos como ideología "el terreno de una lucha incesante entre dos principios hegemónicos"²⁸⁹, un campo de batalla en el que las clases principales luchan por apropiarse de los elementos ideológicos fundamentales de su sociedad para articularlos a su discurso.²⁹⁰

En la actualidad, uno de los elementos fundamentales para exponer la ideología de un cierto grupo de personas son los medios de comunicación: "los medios de comunicación desempeñan una importante función de construcción de la realidad, dentro de la cual se ocupan, entre otras cosas, de mostrarnos la distribución del poder social."²⁹¹

Con todo este poder, la gente tiende a opinar de los hechos sociales "con las argumentaciones, opiniones e interpretaciones que dan los medios."²⁹²

²⁸⁹ Valentino Gerratana (ed.), *Antonio Gramsci, Quaderni del carcere*, I-IV, Turín, Einaudi, 1975. Cuaderno II, pág. 1236. Citado en Chantal Mouffe, "Hegemonía, política e ideología", en Julio Labastida Martín del Campo (coord.), *Hegemonía y alternativas políticas en América Latina*, México, Siglo XXI Editores, Primera edición, 1985, p. 131.

²⁹⁰ Chantal Mouffe, "Hegemonía, política e ideología", en Julio Labastida Martín del Campo (coord.), *Hegemonía y alternativas políticas en América Latina*, México, Siglo XXI Editores, 1985, Primera edición, 1985, p. 131.

²⁹¹ Delia Covi Druetta, *Ser joven a fin de siglo. Influencia de la televisión en las opiniones políticas de los jóvenes*. México, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 1997, p.14.

²⁹² *Ibid.*, p.15.

Podría parecer que los medios nos brindan una gran diversidad de información, sin embargo, esto no es verdadero ya que esa supuesta gran diversidad de información obedece toda a los mismos intereses económicos, sociales y políticos.²⁹³

Dentro de todo esto, es muy importante tener en cuenta el alcance que tiene la ideología neoliberal puesto que puede ejercer su influencia en todos los aspectos de la sociedad.²⁹⁴

Toda esta campaña ideológica para que las personas no reconozcan la realidad del proceso de privatización.

Las declaraciones

La privatización de los servicios de salud se acompaña de una campaña ideológica que cumple varias funciones:

- 1) Se encarga de negar la existencia de dicho proceso.
- 2) Presenta al Estado neoliberal como defensor del derecho a la salud.
- 3) Todo lo anterior lo haciendo propaganda a programas incompletos, como el Seguro Popular.
- 4) Justifica las reformas privatizadoras, presentándolas como la solución a la crisis por la que atraviesan los servicios públicos de salud y como una estrategia para preservar el derecho a la salud y para conservar estos servicios públicos.

En el caso de las reformas al sistema de pensiones en el ISSSTE, por ejemplo, estas fueron presentadas como la única solución para rescatar a esta institución de la insolvencia financiera en la que se encontraba, argumentando que debía ser reformada

²⁹³ *Ibid.*, p. 16.

²⁹⁴ Perry Anderson, *op. cit.*, p. 45.

para no quedar obsoleta y subrayando que con los anteriores esquemas de funcionamiento, lo único que se había provocado era una crisis. Se ocultaba que esta crisis era solo una manifestación del conjunto de cambios estructurales que han venido ocurriendo en México a raíz de la implementación del capitalismo neoliberal y que tiene que ver con un cambio en la forma en que es vista la salud en el neoliberalismo.

Con respecto a la nueva ley del ISSSTE los defensores de los cambios a la legislación decían:

El ISSSTE se encontraba desfalleciente”, “el sistema pensionario estaba a punto de la insolvencia”, los culpables de la situación del instituto son el aumento en la esperanza de vida, al pasar de 65 años –en 1975– a 77 –en 2005– y la reducción en la edad de retiro de 62 a 56 años, por lo que la situación exigía –de no haberse aprobado la reforma– incrementar las aportaciones de 7 a 44.5 por ciento del salario base de cotización, o cambiar la edad de retiro hasta los 75 años, fueron algunos de los argumentos que ayer expusieron los defensores de los cambios a la legislación.

De no haber sido modificada la norma, “en 2013 el gobierno federal no tendría recursos suficientes para seguir subsidiando la nómina de jubilados y pensionados”, sostuvo el director general del ISSSTE, Miguel Ángel Yunes, quien anunció una prórroga –hasta el próximo 14 de noviembre– para que los empleados federales opten por el bono de pensión o por la jubilación en los términos de la legislación anterior. De acuerdo con la ley, el plazo para que los trabajadores decidan en qué régimen quedarse, termina el próximo 30 de junio.²⁹⁵

Aquí se utilizan como pretexto el aumento en la esperanza de vida y la reducción en la edad de retiro. Se oculta, como ya hemos visto, que la falta de recursos se debe a una estrategia de reducción en estos rubros para reasignarlos a otros sectores de la sociedad como los empresarios y los banqueros. Además la privatización de las pensiones obedece a la ideología neoliberal en la que cada individuo debe hacerse cargo de su propia pensión como mejor pueda.

²⁹⁵ Jesús Aranda, “Dan prórroga a trabajadores del ISSSTE para que elijan su régimen de pensiones”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, viernes 13 de junio de 2008, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2008/06/13/index.php?section=politica&article=012n1pol>, [consulta: 2 de diciembre de 2009].

En otra parte del documento citado el ex Director general del ISSSTE Miguel Angel Yunes señalaba: “a un año de que entró en vigor la ley ha mejorado sustancialmente la atención a la salud, se incrementaron los programas de vivienda y se garantiza que más de 10 millones de mexicanos „sean en verdad beneficiarios de la seguridad social’.”

Como anota el periodista Jesús Aranda, Yunes: “Citó al revolucionario Ricardo Flores Magón con relación a la „seguridad social’, y subrayó: „coincidimos’ en que dicho sistema debe ser „solidario y equitativo’. Negó que el ISSSTE se vaya a privatizar.”²⁹⁶

De nuevo se niega la privatización del ISSSTE y algo muy importante a destacar es cómo de hecho los funcionarios que llevan a cabo las reformas privatizadoras se apropian de discursos revolucionarios como el de Flores Magón para disfrazar las reformas que de ninguna manera benefician a las personas.

El Secretario del Trabajo y Previsión Social, Javier Lozano dijo ante la reforma a la Ley del ISSSTE que: “esta nueva legislación „no es anticonstitucional’ ni reversible”. Y agregó: “No es posible sostener que modificar la edad, tiempo de servicios y monto de las cotizaciones es inconstitucional, por el supuesto hecho de que los nuevos preceptos no son tan benéficos para el trabajador como lo eran los de la ley abrogada...”²⁹⁷

El mismo Secretario del Trabajo que debiera representar los intereses de los trabajadores se encarga de defender la nueva ley del Instituto.

Veamos otras declaraciones de funcionarios públicos acerca del Seguro Popular: en Yautepec Morelos, Felipe Calderón puso en ejecución un programa para atender a los recién nacidos que hayan nacido en su sexenio. Este programa fue llamado Seguro

²⁹⁶ *Idem.*

²⁹⁷ Patricia Muñoz Rios, “La Ley del ISSSTE no es „reversible’: Lozano”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 15 de junio de 2007, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/15/index.php?section=politica&article=009n1pol>, [consulta: 5 de octubre de 2009].

Médico Universal para Recien Nacidos.²⁹⁸ Al respecto, Felipe Calderón señaló: “Estoy seguro de que estos niños y todos los mexicanos nuevos, los mexicanos de una nueva generación que gocen de este seguro durante toda su vida, van a tener mejores condiciones de vida digna, van a vivir mejor de lo que han vivido otras generaciones de mexicanos.”²⁹⁹

Pareciera que a Felipe Calderón le interesan las condiciones de salud de los niños, aunque como veremos más adelante, el Seguro Popular es un programa incompleto y focalizado.

Y en otra parte del documento el secretario de salud, Córdova Villalobos, señaló que: “tan solo en el primer año de gobierno de Calderón, este seguro atenderá a 743 mil niños que nacerán al margen de la seguridad social. Y agregó que será un complemento del Seguro Popular de Fox, que este 2007 afiliará a 1 millón 700 mil familias más, por lo que alcanzará un total de 6.8 millones de familias.”³⁰⁰

Hoy en día es común escuchar acerca de la crisis por la que atraviesan las grandes instituciones de seguridad social en México, crisis que se ve reflejada en el desabasto de medicamentos, la falta de personal y de infraestructura, así como la mala calidad en la atención que recibe la población derechohabiente. La insolvencia financiera de éstas es presentada como una consecuencia de las transiciones demográficas y epidemiológicas de la población. Así, para hacer frente a las nuevas condiciones, las instituciones deben ser reformadas, ya que en la actualidad, “enfrentan problemas muy graves que ponen en cuestionamiento su futuro.”³⁰¹

²⁹⁸ Rodrigo Vera, “Seguro imposible”, en *Proceso*, No 1576, enero, Año 2007, p. 31.

²⁹⁹ *Idem*.

³⁰⁰ *Ibid.*, p. 32.

³⁰¹ ISSSTE, *El ISSSTE en el gobierno del cambio*, [en línea], México, ISSSTE – Fondo de Cultura Económica, 2000, p. 251, Dirección URL: <http://www.issste.gob.mx/comunicacion/ISSSTE-GOBIERNO-DEL-CAMBIO.pdf>. [consulta: 26 de enero de 2009].

Bajo esta lógica aparecen varias reformas que son presentadas ante la población como la única salida para hacer frente a la crisis, ya que supuestamente permitirán preservar, fortalecer y rescatar a las instituciones para acoplarlas a las nuevas exigencias, así como para extender la seguridad social en el país.

Revisemos por ejemplo el libro *El ISSSTE en el gobierno del cambio*, editado por dicha institución. En este libro se menciona que las instituciones de salud serán inviables si no se realizan ciertas reformas:³⁰² “La severa desaceleración del crecimiento de la población cotizante, combinada con la extensión y el acelerado incremento de la población pensionista, ha ubicado al Instituto en una crisis estructural irresoluble bajo los patrones vigentes.”³⁰³

Y en otra parte del libro se dice:

Como se ve, tanto los servicios médicos como pensionarios del Instituto se constituyeron bajo supuestos muy diferentes a los que privan en la actualidad, por lo que nos hemos abocado, desde el inicio de nuestra responsabilidad, a impulsar los cambios que subsanen los graves déficit que en sus finanzas y en su operación enfrenta el organismo. Sin embargo, la necesidad imperiosa de transformar a fondo al ISSSTE no es privativa de sí, ni siquiera sólo de las instituciones de seguridad social de México, son procesos que están sucediendo en la mayoría de los países del mundo. (...)

Ninguno de estos países está pensando en privatizar la seguridad social; México tampoco. Por el contrario, se buscan fórmulas para fortalecerla en el entendido de que es un poderoso instrumento para reducir las desigualdades sociales, mejorar las condiciones de vida de las personas, y de la colectividad, a la vez que cohesiona la convivencia social y el desarrollo del capital humano.³⁰⁴

³⁰² *Ibid.*, p. 246.

³⁰³ *Idem.*

³⁰⁴ *Ibid.*, pp. 7-8.

En el discurso se aceptan los graves problemas de las instituciones y esto es una justificación para implantar las medidas neoliberales, haciéndolas pasar como la solución. De hecho, se reconoce que la seguridad social permite reducir las desigualdades y que es por ello que hay que implantar reformas. Se oculta que dichas reformas lo que hacen es dismantelar esa seguridad social de la que hablan.

En este libro se señala también la importancia del cambio cultural como un primer paso para avanzar en la reforma a la seguridad social; así se menciona que: “Tenemos que romper una cultura de más de 60 años, donde el tema de discusión fue cómo ampliar la cobertura y los beneficios. No nos habíamos enfrentado al reto de modificar los esquemas de financiamiento para hacer sustentable el sistema”.³⁰⁵

En este cambio cultural en realidad se deja ver cómo las reformas que se proponen no se orientan a la ampliación de la seguridad social sino a su modificación para que sea *sustentable* bajo el nuevo esquema neoliberal.

Este tipo de discursos cumplen varias funciones: presentan al Estado neoliberal como defensor de la seguridad social y al mismo tiempo justifican las reformas privatizadoras de las instituciones ocultando su verdadero sentido al presentarlas como la única salida a la crisis; además, al señalar que son los cambios epidemiológicos, demográficos e incluso económicos –como la flexibilización laboral- los causantes de la insolvencia financiera de éstas, ocultan el problema fundamental de la seguridad social en México que reside en la implementación del proyecto neoliberal en México.

Incluso en el discurso, el Estado es presentado como defensor de la seguridad social frente a los grandes cambios que se presentan a nivel mundial:

Aunado a los importantes cambios demográficos y epidemiológicos que afectan a todos los países del mundo desde las últimas dos décadas del siglo pasado, la seguridad social enfrenta fuertes desafíos derivados de la búsqueda vertiginosa por la competitividad que trae aparejada

³⁰⁵ *Ibid.*, p. 251.

la globalización de la economía. La reestructuración del trabajo, las demandas por una mayor flexibilización laboral, afectan el nivel de las contribuciones para la seguridad social. Hay países donde actualmente la mayor parte de su fuerza laboral está contratada no por una plaza de por vida, sino por número de horas determinadas para realizar trabajos concretos. De igual forma, existen voces en todos los países que presionan los procesos de reforma de la seguridad social solicitando la reducción de los beneficios sociales y sustituyéndolos por una mayor responsabilidad individual de los riesgos sociales. Frente a estos intentos, se debe preservar a las instituciones sociales como pilares fundamentales del Estado mexicano.³⁰⁶

De esta forma justifica la implementación de reformas que en realidad se orientan a la privatización y al desmantelamiento de las instituciones de seguridad social, presentándolas como la única solución para rescatarlas de la insolvencia financiera en la que se encuentran, argumentando que deben ser reformadas para no quedar obsoletas y subrayando que con los anteriores esquemas de funcionamiento, lo único que se ha provocado es una crisis. Se oculta que esta crisis es solo una manifestación del conjunto de cambios estructurales que han venido ocurriendo en México a raíz de la implementación del capitalismo neoliberal y que tiene que ver con un cambio en la forma en que es vista la salud en el neoliberalismo.

Revisemos fragmentos de una nota periodística del Día Mundial de la Salud en 2009 para ejemplificar las diferentes partes de la campaña ideológica que acompaña el proceso de privatización de la salud en México.

Más de 300 hospitales de la Secretaría de Salud (Ssa), una tercera parte del total, se encuentran en zonas de riesgo en diferentes estados de la República, admitió ayer el titular de esa instancia, José Ángel Córdova Villalobos, e informó que está en marcha el programa para garantizar que aun en momentos de desastre las unidades médicas sigan funcionando.

(...)

A su vez, y luego de hacer un reconocimiento a la labor que desempeñan los médicos en el país, el presidente Felipe Calderón Hinojosa afirmó que sin salud y educación no hay

³⁰⁶ *Ibid.*, p. 249.

oportunidad de tener una vida digna, además de que éstas son las puertas para que las personas salgan de la pobreza.

Comentó las acciones que realiza su administración para sostener el gasto en salud, a pesar de los problemas que impactan las finanzas públicas. Como el día anterior, en Campeche, insistió en la meta de alcanzar en el año 2011 la cobertura universal de servicios de salud.

(...)

Sobre la inversión en infraestructura, Calderón señaló que en los casi dos años y medio de su gobierno se han concluido 768 obras entre clínicas y hospitales, que atienden a 20 millones de personas, aproximadamente.

Y “para no bajar el ritmo”, en 2009 se destinarán más de 9 mil 300 millones de pesos para construcción de nuevas unidades médicas. Significa, apuntó, que en cinco años se multiplicó por 10 el presupuesto para este rubro.

Destacó que las nuevas edificaciones se han realizado bajo la tónica que ha dado la Organización Mundial de la Salud (OMS) de que los hospitales sean seguros en situaciones de emergencia.³⁰⁷

En los párrafos anteriores podemos observar que:

- a) La palabra privatización ni siquiera aparece en el discurso
- b) Incluso se hace el reconocimiento de que la salud tiene que ver con tener una vida digna y que representa una “puerta” para que las personas salgan de la pobreza.
- c) Al referirse al gasto en salud se presenta como un mérito el sostenerlo en esos niveles “a pesar de los problemas que impactan las finanzas públicas”³⁰⁸. Como observamos en

³⁰⁷ Ángeles Cruz Martínez, “Admite la Ssa que 33% de sus hospitales está en zona de riesgo”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 9 de abril de 2009, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2009/04/09/index.php?section=sociedad&article=035n1soc>, [consulta:10 de febrero de 2010].

³⁰⁸ *Idem*

el capítulo anterior el gasto público en salud en México es muy bajo, incluso menor al de varios países de América Latina, por lo que sostenerlo en esos niveles no representa ningún mérito.

d) Se presenta al Estado neoliberal como si a éste le interesara la cobertura universal de servicios de salud.

Continuemos con otro fragmento:

La ocasión también sirvió de marco para la entrega de condecoraciones a médicos y enfermeras distinguidos, entre ellos Silvestre Frenk, quien recibió el premio al mérito en Salud „Dr. Eduardo Liceaga’. Al dirigirse al galardonado, Calderón también hizo notar la presencia en el salón de su hijo, el ex secretario de Salud Julio Frenk Mora, a quien reconoció la „brillante aportación’ que hizo a la vida del país con la creación del Seguro Popular.

Incluso resaltó que lo hecho en los pasados ocho años en materia de salud ha transformado la realidad del país, „ha hecho un cambio medular que ha elevado la calidad de vida de millones de mexicanos’, e igual que el día anterior en Campeche, reafirmó el objetivo de seguir avanzando.³⁰⁹

En los párrafos anteriores podemos observar que se hace referencia al Seguro Popular como algo que “ha transformado la realidad del país”. Como veremos a continuación, el Seguro Popular es un programa de bajo costo para el Estado pero muy útil para la propaganda, ya que por medio de éste se oculta la privatización de los servicios de salud, al presentarlo como un programa que busca el aseguramiento universal en salud en México. Haciendo énfasis en el Seguro Popular se oculta la realidad de los servicios públicos de salud. Es este un elemento del manejo ideológico que se le da a la privatización de la salud, provocando una confusión entre lo que es el Seguro Popular en realidad y cómo se presenta a la población.

³⁰⁹ *Idem.*

El Seguro Popular

Actualmente, una de las estrategias más importantes en salud ha sido la implementación del Seguro Popular, presentado como “un seguro público de afiliación voluntaria, que tiene como objetivo principal brindar protección financiera a todos aquellos trabajadores que no cuentan con ningún tipo de aseguramiento y garantizar el acceso integral a los servicios públicos de salud bajo un sistema de aseguramiento universal en salud.”³¹⁰ Este trabajo muestra cómo en los hechos el Seguro Popular es un programa incompleto y de bajo costo para el Estado pero muy útil para la propaganda, ya que por medio de él se legitima al Estado neoliberal y se oculta la privatización de la salud al mostrar que existe un supuesto interés por ampliar la cobertura en salud para todos los mexicanos. Además, al presentar al Seguro Popular como la estrategia clave en materia de salud se desvía la atención, del proceso de privatización, desmantelamiento y abandono de las instituciones públicas de salud, a los resultados y metas de éste nuevo programa.

Para comprender el proceso de privatización de la salud es necesario estudiar este programa, muy útil para ocultar el proceso de privatización de la salud y legitimar al Estado Neoliberal. La presencia del Seguro Popular juega un papel muy importante en las estadísticas en salud puesto que cada vez aparece más en los indicadores que hablan sobre la salud en México. Mientras las instituciones que brindan seguridad social como el IMSS y el ISSSTE van desmantelándose poco a poco, el Estado se enfoca más en el Seguro Popular: su número de afiliados, sus metas, sus beneficios. De esta manera se pretende que las personas pongan su atención en el Seguro Popular y no en el desmantelamiento de las otras instituciones que brindan atención a la salud.

³¹⁰ VM. Vázquez; MF.Merino; R. Lozano, *op. cit.*, p. 25.

En un contexto en que las grandes instituciones de seguridad social como el IMSS y el ISSTE se desmantelan paulatinamente al ofrecer una deficiente calidad en sus servicios es importante analizar las estrategias del gobierno para hacer frente a una situación en la que una cantidad considerable de habitantes no tiene garantizado el acceso a servicios médicos.

El Seguro Popular, constituyó el programa más importante del gobierno de Vicente Fox en materia de salud y continúa funcionando en el presente sexenio. Analizar sus características nos permitirá entender cómo a pesar de que en el discurso se ha presentado como la estrategia que permitirá garantizar el derecho a la salud para toda la población mexicana, en realidad es un programa incompleto cuya implementación no resuelve de manera satisfactoria el problema de la salud en México.

El Seguro Popular es un programa focalizado hacia la población más pobre del país; como ya observamos en el marco teórico, la focalización:

se puede definir como la identificación, con la mayor precisión posible, de los beneficiarios potenciales para los cuales se han diseñado los programas, cumpliendo de esta manera los requisitos de impacto per cápita deseado, a través de la aplicación de los llamados <<paquetes básicos>> o atenciones esenciales. Con ella se busca superar la oferta o la intención de oferta heterogénea de servicios preventivos y curativos, y se desarticula la integralidad de la atención sanitaria ya que es limitativa a un mínimo de servicios públicos, sin contemplar necesidades fuera de las contempladas. Los grupos beneficiarios son acotados a través de procedimientos técnicos que pretenden establecer su condición de pobreza que los habilitaría a ser incluidos en este tipo de programas.³¹¹

Como antecedente del Seguro Popular, en 2002 la Secretaría de Salud construyó un programa piloto que fue llamado Seguro Popular de Salud, este seguro iba hacia las personas que no tenían seguro social. El programa se convirtió en política de Estado en 2004, a través de que se reformó la Ley General de Salud que el Congreso aprobó en

³¹¹ Consultar: Carolina Tetelboin; Arturo Granados, *op. cit.*, p. 33.

2003:³¹² “El 15 de mayo de 2003 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación, las reformas y adiciones a la Ley General de Salud (LGS), que, entre otras, adicionó el Título Tercero Bis: De la Protección Social en Salud, creando con ello el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), mejor conocido como Seguro Popular, cuyas disposiciones entraron en vigor al inicio de 2004.”³¹³ El SPSS se concibe como: “una estrategia que contribuye a lograr la cobertura universal de los servicios de salud y garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad a todos los mexicanos, evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, así como fortalecer la subsidiaridad entre los diferentes niveles de gobierno y la solidaridad entre la población.”³¹⁴

En este sexenio la actual administración ha ofrecido que desde el 1º de diciembre de 2006, todos los niños a partir de que nazcan estén cubiertos por un seguro amplio de salud.³¹⁵ Los beneficios del Seguro Médico para una Nueva Generación son adicionales a los que proveen los programas de salud pública, el CAUSES (Catálogo Universal de Servicios de Salud), el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos y las acciones del Programa Oportunidades.³¹⁶

La actual Administración tiene como prioridad la cobertura universal de salud, es decir garantizar a todos los mexicanos el acceso efectivo a servicios de salud; en primer término, garantizar que a partir del 1º de diciembre de 2006, todos los niños y niñas a partir de su nacimiento estén cubiertos por un seguro amplio de salud, que las nuevas generaciones de mexicanos gocen de

³¹² Secretaría de Salud, *op. cit.* 2, p. 199.

³¹³ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados al primer semestre de 2008*, [en línea], Dirección URL: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/descargas/trasparencia/informe_de_resultados_2008.pdf, p. 4. [consulta: 26 de enero de 2009].

³¹⁴ *Ibid.*, p. 7.

³¹⁵ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Informe de resultados. Segundo semestre de 2006* [en línea], Dirección URL: http://www.seguro-popular.gob.mx/contenido.php?scctcr_id=154 p. 8 [consulta: 26 de enero de 2009].

³¹⁶ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *op. cit.* 1, p. 65.

este seguro durante toda su vida, para que tengan mejores condiciones de vida digna, que vivan mejor de lo que han vivido otras generaciones de mexicanos.³¹⁷

Calidad en la atención y uso de los recursos

El Seguro Popular de Salud es “un instrumento que fue creado para asegurar la protección financiera y acceso a servicios de salud y medicamentos de las personas que no están cubiertas por la seguridad social.”³¹⁸ Según un informe de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), con el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) “se alcanza el ideal de la universalidad de la protección social en materia de salud, ya que el SPSS ofrece la oportunidad de que las familias no aseguradas que estén interesadas, se incorporen a un esquema de protección social en salud operado de manera estatal, bajo la coordinación de la Federación.”³¹⁹

Con esto se quiere hacer ver como si en el Seguro Popular hubiera el interés de afiliar a toda la población, es decir como si se quisiera llegar a la universalidad del derecho a la salud, mientras la verdad es que es un seguro focalizado e incompleto.

Bajo el Seguro Popular se construyó en el primer semestre de 2008 un programa llamado Embarazo Saludable. Este seguro sirve para que toda mujer embarazada cuente con atención médica para ella y sus familiares.³²⁰

³¹⁷ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *op. cit.* 2, p. 8.

³¹⁸ *Ibid.*, p. 9.

³¹⁹ *Ibid.*, p. 13

³²⁰ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *op. cit.* 1, p. 8.

La estructura financiera del Seguro Popular se basa en tres partes, con aportaciones federales, estatales y familiares. La cuota familiar se determina de acuerdo con los recursos de cada familia, las familias de los deciles I y II de la distribución de ingreso no pagan cuota; y a partir de diciembre de 2005 las familias del decil III que cuando menos tengan un integrante menor de 5 años de edad tampoco pagan cuota.³²¹

La aportación que el Gobierno Federal realiza al SPSS se divide en:

- “Una Cuota Social (CS), por cada familia beneficiaria equivalente al 15% de un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, mismo que se calcula por única vez a partir del primero de enero de 2004, con actualización periódica por inflación.”³²²
- “Una Aportación Solidaria Federal (ASF) por familia afiliada, determinada por 1.5 veces el monto de la Cuota Social.”³²³

Los gobiernos de los estados y el Distrito Federal efectúan aportaciones solidarias por familia beneficiaria –Aportación Solidaria Estatal (ASE)-, las cuales equivalen a la mitad de la Cuota Social.³²⁴

Calcular las cuotas que pagan el Gobierno Federal, los gobiernos estatales y el Distrito Federal tomando como base el salario mínimo da a conocer que el Seguro Popular además de ser un programa focalizado, es también un programa de bajo costo para el Estado.

Es decir, el gobierno no gasta mucho para el Seguro Popular, por eso es una herramienta poderosa, porque aunque no se gasta mucho en él se utiliza para hacer propaganda y

³²¹ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *op. cit.* 2, pp. 16-17.

³²² Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *op. cit.* 1, p. 12.

³²³ *Idem.*

³²⁴ *Ibid.*, p.14.

aparentar que los servicios de salud se siguen ampliando.³²⁵ Según datos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2006 la Cámara de Diputados autorizó en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) un presupuesto modificado de 12,228.1 millones de pesos para el SPSS, lo que significó el 28.9 por ciento del presupuesto total de la Secretaría de Salud.³²⁶ Esto es más de un cuarto del presupuesto de la Secretaría de Salud. Mientras el IMSS e ISSSTE se desmantelan, el Estado se centra en la focalización por medio del Seguro Popular y poco a poco va desplazando a las personas hacia este Seguro: “El presupuesto asignado al SPSS, respecto de las instituciones que proporcionan seguridad social, significa el 5.1 por ciento con relación al autorizado al IMSS y el 16.4 del correspondiente al ISSSTE.”³²⁷ Como podemos observar en la gráfica número 5, en 2005, sólo el 46.9% de la población estaba asegurada, de estas personas el IMSS brindaba atención al 66.2 por ciento, el Seguro Popular al 15.1 por ciento y el ISSSTE al 11.9 por ciento.³²⁸

³²⁵ Ana Valencia, *op. cit.*, p. 27.

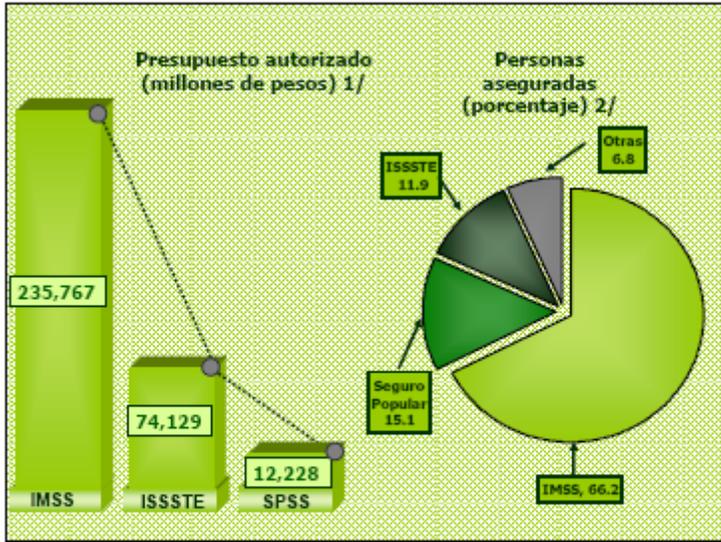
³²⁶ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *op. cit.* 2, p. 20.

³²⁷ *Idem.*

³²⁸ *Idem.*

Gráfica 5

Sector Salud. Año fiscal 2006.



FUENTES:
1/ DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DEL 20 DE DICIEMBRE DE 2005, EDICIÓN VESPERTINA.
2/ II CONTEO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2005, INEGI.

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Informe de resultados. Segundo semestre de 2006*, [en línea], Dirección URL: <http://www.seguro-popular.gob.mx/contenido.php?scctor.id=154> p. 20. [consulta: 26 de enero de 2009].

En 2008 el total de recursos federales autorizados al SPSS en el Presupuesto de Egresos de la Federación aumentó a 34, 713.8 millones de pesos³²⁹.

En relación con el gasto per cápita, en 2006 este gasto para las personas que se atendieron en los servicios médicos de PEMEX era de 11, 864 pesos; el gasto per cápita para el IMSS fue de 3 746 pesos y el del ISSSTE fue de 3, 296 pesos. La Secretaría de Salud daba 2, 744 pesos a cada persona afiliada al SPSS y 1, 365 pesos a la población sin seguridad social. El IMSS-Oportunidades tenía como gasto per cápita, 642

³²⁹ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *op. cit. 1*, p. 13.

pesos.³³⁰ Esto sigue demostrando que el énfasis se pone en el Seguro Popular y se ignoran el resto de las instituciones o programas dedicados a la salud. Esto lo podemos ver claramente en el presupuesto asignado a la Secretaría de Salud: se gasta más en los afiliados al Seguro Popular que en el resto de la población sin seguridad social.

El énfasis se pone en la atención y no en la construcción de unidades médicas, el sistema del Seguro Popular se basa en aprovechar las unidades médicas ya existentes en el país, y sólo una pequeña parte del presupuesto se destina al desarrollo de infraestructura médica. De esta manera se sobresaturan las unidades médicas ya existentes sin generar otras nuevas.

En 2005 los 32 estados ya se habían incorporado al SPSS. De esta manera se ejercieron 4 500 millones de pesos que representaron 67% de los recursos federales transferidos por el SPSS.³³¹ Veamos cómo se utilizaron estos recursos ejercidos: “De los 4 500 millones de pesos ejercidos, el 42% se destinó a la compra de medicamentos, 31% al pago de honorarios del personal, 15% a la compra de equipo básico, 10% para mantenimiento y rehabilitación de unidades médicas y el 2% para construcción de espacios nuevos.”³³²

Como podemos observar en el párrafo anterior y en la siguiente gráfica, se destina muy poco a la construcción de espacios nuevos, solo un 2% de los 4 500 millones de pesos ejercidos. Si se ocupan los espacios ya existentes de la Secretaría de Salud y otras instituciones que brindan salud a la población como el IMSS o el ISSSTE, esto también quiere decir que en materia de salud no importa tanto construir los nuevos espacios que tanta falta hacen, sino que se sigue alimentando la sobrecapacidad que tanto daño hace a la población.

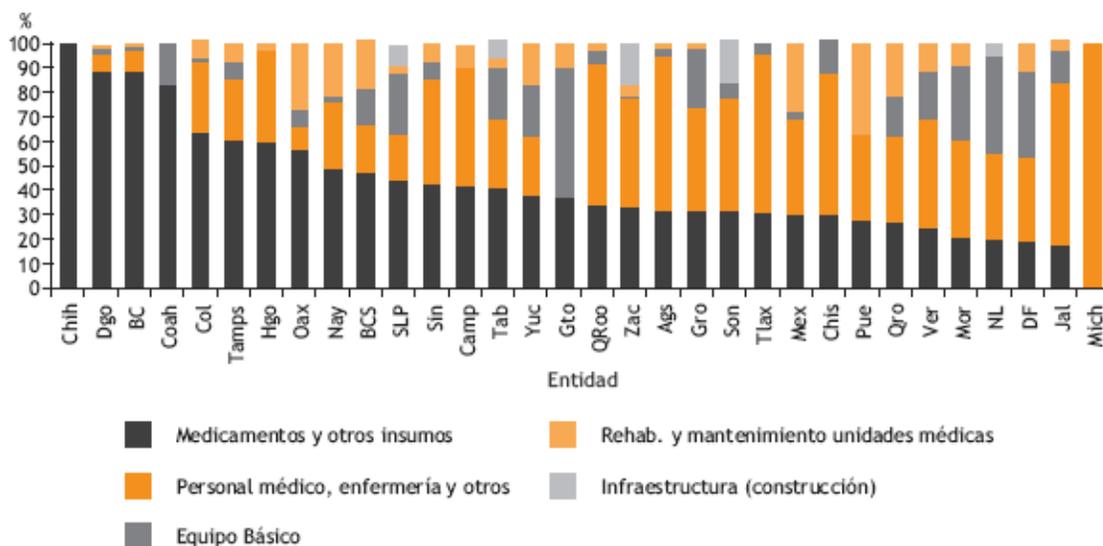
³³⁰ Secretaría de Salud, *op. cit.* 2, pp. 174-175.

³³¹ *Ibid.*, p. 213.

³³² *Ibid.*, p. 214.

Gráfica 6

Distribución de los recursos del SPSS ejercidos por rubro de gasto y entidad federativa, México 2005



Fuente: Secretaría de Salud. *Salud: México 2006. Información para la rendición de cuentas.* México, Secretaría de Salud, 2007, Primera edición, p. 215.

Según el informe de la Cuenta Pública 2005 de la Auditoría Superior de la Federación, desglosando las unidades médicas que se utilizaron para afiliados al Seguro Popular, resulta que de los 20 mil 568 establecimientos en el padrón, 3 mil 82 son unidades privadas y 17 mil 486 son clínicas u hospitales de la infraestructura ya existente,³³³ del total de unidades médicas, “10 mil 647 unidades médicas correspondieron a los servicios estatales de salud; 3 mil 610 al programa IMSS-Oportunidades; mil 345 al IMSS; mil 226 al ISSSTE; 366 a la Secretaría de la Defensa Nacional; 232 a la Secretaría de Marina y 60 a Pemex.”³³⁴

³³³ Enrique Méndez, “Seguro Popular, otro fracaso de Vicente Fox”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 3 de abril de 2007, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2007/04/03/index.php?section=politica&article=003n1pol>, [consulta: 17 de febrero de 2010].

³³⁴ *Idem.*

Aquí también nos damos cuenta cómo en lugar de construir espacios propios, el Seguro Popular usa servicios privados o satura más los servicios que ya están sobresaturados. Lo importante sería construir más espacios para poder atender a las personas con una atención de calidad.

Como señala Asa Cristina Laurell, el Seguro Popular:

se implantó sin desarrollar la infraestructura de salud requerida. Reporta en su reciente informe (julio de 2008) tener 23.5 millones de afiliados en 2 mil 449 municipios. En contraste de los 10 mil 615 centros de salud programados para ser incorporados al SP sólo 4 mil 102 ya lo hicieron y de éstos sólo 2 mil 922, es decir 28 por ciento, pudieron certificar los criterios de calidad; de los 330 hospitales generales, 260 están incorporados y 161 (49 por ciento) certificados, y de los 92 hospitales de alta especialidad, 60 están incorporados y certificados. De los 5 hospitales de especialidad construidos por la Secretaría de Salud desde que se inició el SP en 2004, ninguno está en pleno funcionamiento; el del Bajío sólo ha abierto 45 de sus 184 camas y el de Mérida sólo ofrece consulta externa. Una de las razones es la falta de personal ya que en estos cinco hospitales hay 3 mil 664 vacantes sobre un total de 5 mil 413 plazas autorizadas.³³⁵

Lo anterior quiere decir que la realidad está muy alejada de la propaganda, pues los establecimientos en que se atendería a la personas son insuficientes, todavía no están operando o son de baja calidad.

Durante esta administración el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se ha enfocado a los resultados, todo esto según el SPSS para que las familias afiliadas estén bien atendidas.³³⁶ Las principales características de esta estrategia son:

³³⁵ Asa Cristina Laurell, “Afiliarse al Seguro Popular no garantiza tener atención de salud”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 5 de septiembre de 2008, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2008/09/05/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>, [consulta: 20 de febrero de 2009].

³³⁶ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *op. cit.* I, p. 18.

- “La introducción de un nuevo enfoque en el criterio de asignación de metas. Esto significa que recibe más recursos la entidad federativa que obtenga mejores indicadores;”³³⁷
- “Se fomenta un esquema de competencia en donde el objetivo es que ganen las familias aseguradas de la entidad federativa que observe un mejor desempeño; y”³³⁸
- “Se busca reducir las diferencias en cobertura de las familias entre las entidades federativas.”³³⁹

Esta estrategia obedece a las recomendaciones que hace la OCDE que señalan que se debe:

- “Vincular la remuneración del personal con metas de desempeño y revisar los contratos de trabajo para motivar una mayor productividad de los profesionales y eliminar prácticas que limitan las ganancias en eficiencia.”³⁴⁰
- “Avanzar en la consolidación de iniciativas de promoción de la salud y fortalecer las relacionadas con la medición y mejora de la calidad para promover una atención médica de calidad y costo-efectiva.”³⁴¹

En estos últimos párrafos se puede ver cómo se introduce el vocabulario de la ideología neoliberal; una ideología basada en los resultados, en la eficiencia, la competencia y el triunfo del más fuerte por encima de los demás. Esto lo vemos cuando se dice que

³³⁷ *Idem.*

³³⁸ *Idem*

³³⁹ *Idem.*

³⁴⁰ Secretaría de Salud, *op. cit.* 1, p. 15.

³⁴¹ *Idem*

recibirá más recursos el Estado que tenga los mejores indicadores, o cuando se dice que hay una competencia en donde ganarán las familias en cuya entidad federativa se obtengan los mejores resultados.

Dotar de recursos con base en los resultados y no en las necesidades puede no ayudar a reducir la brecha entre los estados con mayor y menor cobertura en cuanto a servicios de salud. Veamos lo siguiente:

De acuerdo a la propia Secretaría de Salud, ésta ha seguido las recomendaciones de la OMS para medir la cobertura en salud con mayor precisión; a este medidor se le llama “cobertura efectiva del sistema de salud”, esta reúne tres rubros: la medición de la cobertura de las acciones en salud, de la demanda de atención y del acceso a los servicios. La cobertura efectiva es la ganancia real en salud que se puede ofrecer a un usuario, por ejemplo si a través del tratamiento del cáncer de mama se pudiera aumentar la esperanza de vida saludable de las mujeres a dos años y sólo se aumenta a uno, la cobertura efectiva sólo llega a un 50%. Son 14 intervenciones las que se analizan para la cobertura efectiva. Las cifras son promedios simples de cada una de las intervenciones.³⁴²

Las 14 intervenciones son:

1. Vacunación contra el Sarampión
2. Difteria, tos ferina y tétanos
3. Vacuna BCG
4. Atención prenatal
5. Atención especializada del parto
6. Servicios prestados a recién nacidos prematuros
7. Tratamiento de infecciones respiratorias agudas en niños
8. Tratamiento de diarrea en niños

³⁴² Consultar Secretaría de Salud, *op. cit.* 2, p. 181.

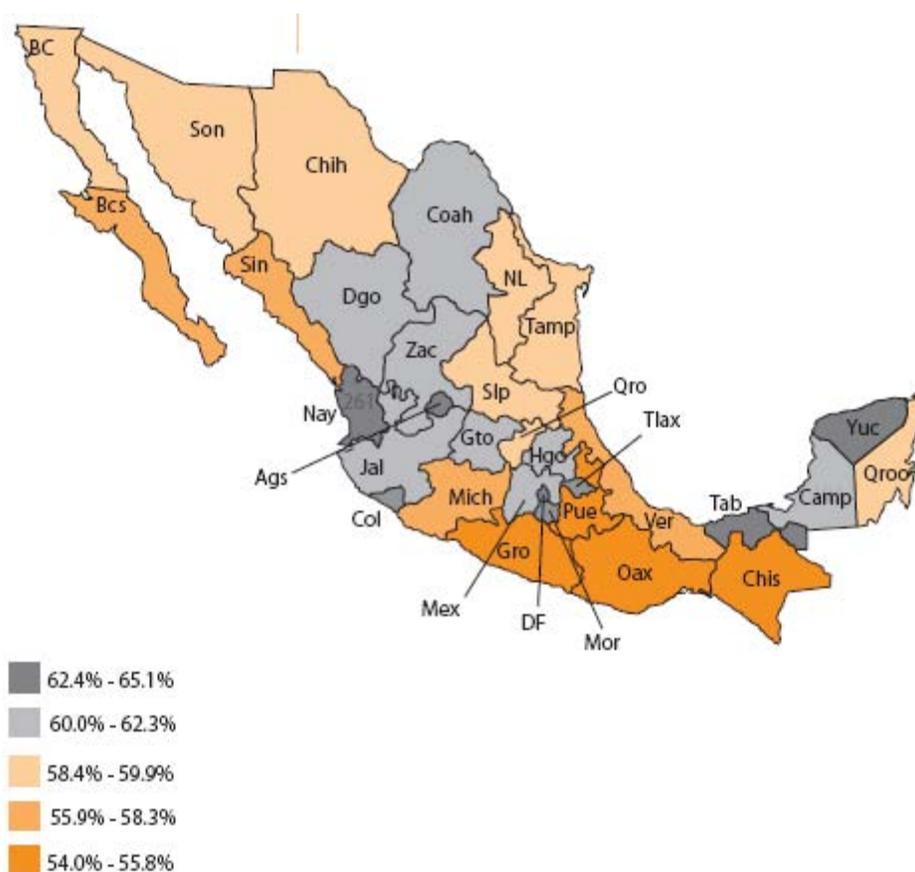
9. Detección de cáncer de mama
10. Detección de cáncer cérvico-uterino
11. Tratamiento de los problemas de agudeza visual.
12. Tratamiento de la hipertensión
13. Tratamiento de la hipercolesterolemia
14. Vacunación contra la influenza en adultos³⁴³

Los niveles más bajos de cobertura efectiva se encuentran en los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Puebla, como puede observarse en el mapa número 1. Esto quiere decir que a pesar de la implantación del Seguro Popular la estructura de los estados más pobres del país se sigue conservando, esto tiene que ver con la orientación neoliberal que se da al Seguro Popular en donde ganan más recursos los estados que tengan los mejores indicadores y los mejores desempeños.

³⁴³ Rafael Lozano, *et al.*, *Anexo: Métodos para los cálculos de la cobertura efectiva en 2005-2006* [en línea], Dirección URL: http://sinais.salud.gob.mx/cobertura_efectiva_suplemento/IVWebapendice_texto_figcuadros.pdf, pp. 1-10, [consulta: 27 de octubre de 2010].

Mapa 1

Cobertura efectiva basada en 14 intervenciones, México 2005-2006



Fuente: Secretaría de Salud. *Salud: México 2006. Información para la rendición de cuentas.* México, Secretaría de Salud, 2007, Primera edición, p. 182.

La estructura de la pobreza en México que se sigue reproduciendo también se puede ver en el porcentaje de avance respecto a la meta de afiliación para 2010, en la que estos

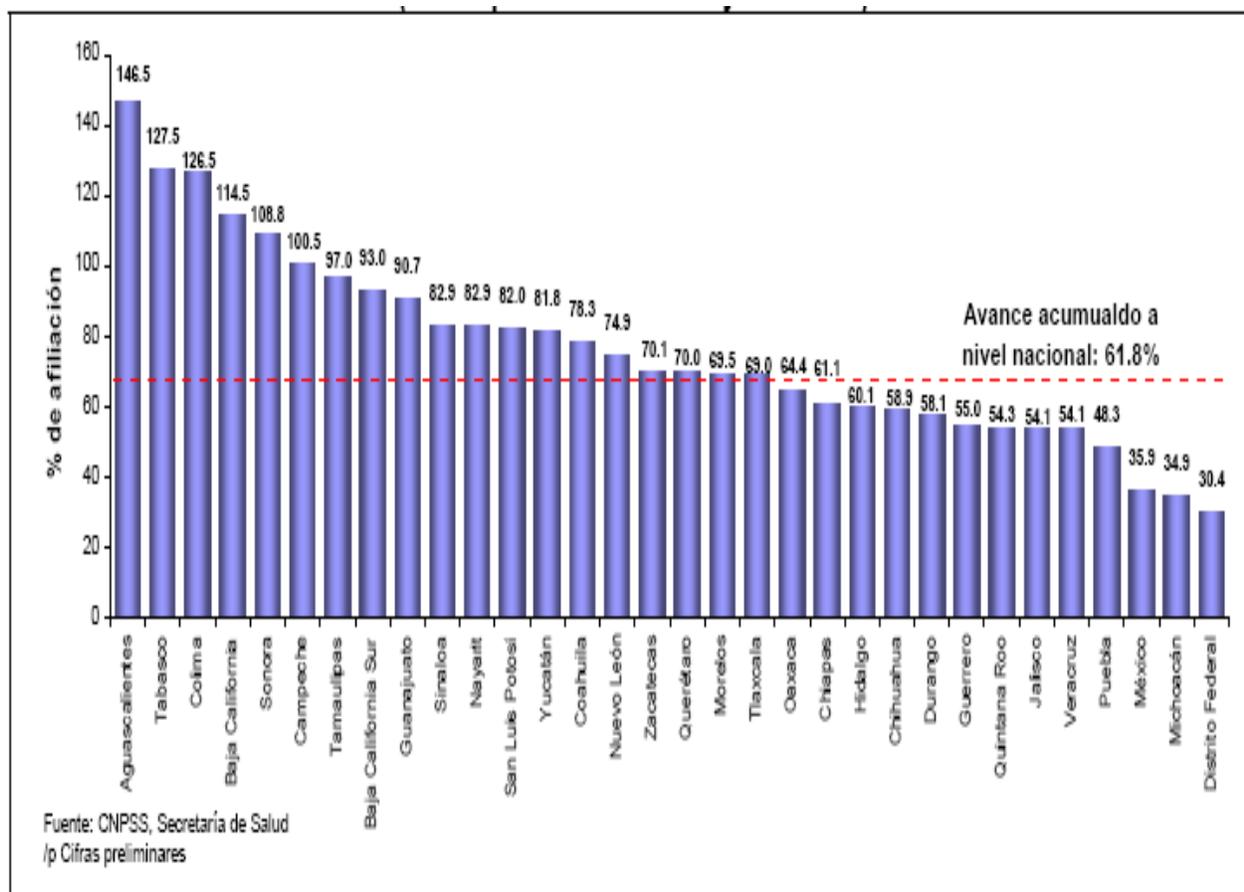
estados ocupan el lugar número 20 –Oaxaca-, 21 –Chiapas-, 25 –Guerrero-, y 29 – Puebla-.³⁴⁴

³⁴⁴Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *op. cit.* I, p. 34.

Gráfica 7

Avance respecto a la meta 2010 por entidad federativa

(Cifras preliminares a mayo de 2008)



Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados al primer semestre de 2008*, [en línea], Dirección URL: En http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/descargas/trasparencia/informe_de_resultados_2008.pdf , p. 34, [consulta: 26 de enero de 2009].

En la gráfica anterior se observa claramente cómo los estados más pobres son los que están peor ubicados en el porcentaje de afiliación al Seguro Popular.

De acuerdo con la Ley General de Salud (LGS), la Protección Social en Salud es un mecanismo por medio del 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 las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones, de promoción a la salud, prevención diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación.”³⁴⁵ Para cumplir con la LGS ha sido necesario definir los servicios a través del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).³⁴⁶ Esto habla de una restricción hacia el derecho a la salud puesto que sólo se contemplan las enfermedades que cubre el Catálogo del Seguro Popular. Las personas sólo tienen derecho a enfermarse de los padecimientos que cubre el catálogo.

El CAUSES 2008 se integró por 266 intervenciones de salud distribuidas en seis conglomerados³⁴⁷:

I. Salud Pública: con 25 intervenciones dirigidas a los servicios de detección y prevención de enfermedades durante la línea de vida, a través de una serie de programas especificados en las Cartillas Nacionales de Salud.

II. Consulta de Medicina General o Familiar y de Especialidad: se integra por 100 intervenciones sobre el diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación de enfermedades presentadas en niños y adultos, tanto en el primer nivel de atención, así como de aquellas que se refieren al segundo nivel, en donde se garantiza la atención integral y multidisciplinaria que debe recibir el paciente para el manejo adecuado de su enfermedad.

III. Odontología: considera 8 servicios de salud, indispensables para generar una salud bucal eficiente. Los servicios están dirigidos a todos los miembros de la familia, para favorecer la formación de hábitos de higiene y la prevención de enfermedades dentales. En caso de detectarse una patología bucal, se procede a su oportuna atención odontológica.

³⁴⁵ *Ibid.*, p. 70.

³⁴⁶ *Idem.*

³⁴⁷ *Ibid.*, p. 71.

IV. Urgencias: se contemplan 26 servicios de atención médica para atender situaciones que ponen en peligro la vida. Se otorga la estabilización, diagnóstico y manejo terapéutico en la sala de urgencias.

V. Hospitalización: se incluyen 38 Intervenciones de las patologías que requieren de la estancia hospitalaria, del manejo multidisciplinario de especialistas médicos y de enfermería. Se incluyen también los insumos médicos indispensables para el control y estabilización (sic) los padecimientos considerados.

VI. Cirugía General: se consideran 69 servicios de salud, a través de los cuales se atiende problemas agudos y crónicos. Se incluyen también los diagnósticos de mayor frecuencia quirúrgica de patologías digestivas, ginecológicas, obstétricas, génito urinario masculino, oftalmológicas, dermatológicas y ortopédicas.³⁴⁸

Como veremos más adelante el catálogo de servicios no cubre ciertas enfermedades, restringiendo el derecho universal a la salud.

Los recursos del SPSS se destinan para garantizar:

- 1.- La atención y prestación de los servicios de salud contenidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES);³⁴⁹
- 2.- El financiamiento del tratamiento de padecimientos de alta especialidad y costo y que representan un riesgo financiero o gasto catastrófico a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC);³⁵⁰ y
- 3.- El Financiamiento para la Previsión Presupuestal⁵ (FPP), posee recursos para atención primaria y de especialidades básicas para los lugares marginados, las

³⁴⁸ *Ibid.*, pp. 71-72

³⁴⁹ *Ibid.*, p. 16.

³⁵⁰ *Idem.*

diferencias en la demanda de servicios esenciales a nivel estatal, y, una garantía de pago ante un incumplimiento de ese pago entre los estados que hayan decidido colaborar.³⁵¹

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) se constituye con el 8% de los recursos que se destinan a la Cuota Social y a las Aportaciones Solidarias – Federal y Estatal-. Para tener derecho a que una enfermedad sea contemplada dentro del FPGC es necesario que el Consejo de Salubridad General defina el tipo de padecimiento que es considerado como una enfermedad catastrófica, para luego incluirlo en un catálogo.³⁵²

En 2008 como veremos en la siguiente tabla el Fondo cubría ocho grupos o enfermedades.³⁵³

³⁵¹ *Ibid.*, p. 17.

³⁵² *Ibid.*, p. 57.

³⁵³ *Ibid.*, p. 58.

Tabla 4

Enfermedades que cubre el FPGC, 2008

	Grupo o enfermedad		Intervenciones	
No.	Denominación	No.	Denominación	Inicio de cobertura
1	Cáncer Cérvico – Uterino	1	Cáncer Cérvico – Uterino	1 de Agosto del 2004
2	VIH / SIDA	2	Tratamiento Ambulatorio Antirretroviral	1 de Agosto del 2004
3	Cuidados Intensivos Neonatales*	3	Prematurez	1 de Agosto del 2004
		4	Sepsis	
		5	Síndrome de Dificultad Respiratoria	
4	Cataratas	6	Cataratas	1 de Enero del 2006
		7	Catarata Congénita	Noviembre del 2007
5	Cáncer de niños y Adolescentes		Tumores del Sistema Nervioso	Inicia la cobertura en Enero del 2006 Se completa la cobertura
		8	Astrocitoma	
		9	Meduloblastoma	
		10	Neuroblastoma	
		11	Ependinoma	
		12	Otros	
			Tumores renales	
		13	Tumores de Wilms	
		14	Otros	
			Leucemias	
		15	Leucemia Linfoblástica aguda	
		16	Leucemia Mieloblástica Aguda	
		17	Leucemias Crónicas	
		18	Síndromes Preleucémicos	
			Tumores Hepáticos	
		19	Hepatoblastoma	

		20	Hepatocarcinoma	en Febrero del 2008
			Tumores Óseos	
		21	Osteosarcoma	
		22	Sarcoma de Ewing	
			Tumores Germinales	
		23	Gonadales	
		24	Extragonadales	
			Tumores de ojo	
		25	Retinoblastoma	
			Linfomas	
		26	Linfoma de Hodking	
		27	Linfoma no Hodking	
		28	Sarcoma de Partes Blandas	
		29	Carcinomas	
		30	Histiocitosis	
6	Transplante de Medula Ósea	31	Transplante de Médula Ósea	Enero del 2006
7	Cáncer de Mama	32	Cáncer de mama	Enero del 2007
8	SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION Transtornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos	33	Malformaciones congénitas cardiacas	Niños nacidos a partir del 1 de diciembre del 2006
		34	Atresia de esófago	
		35	Onfalocele	
		36	Gastroquisis	
		37	Atresia / Estenosis duodenal	
		38	Atresia intestinal	
		39	Atresia anal	
		40	Hipoplasia / Displasia renal	
		41	Uréter retrocavo	
		42	Meatos ectópicos	
		43	Estenosis ureteral	
		44	Ureterocele	
		45		

		46	Extrofia vesical	
		47	Hipospadias / Epispadias	
		48	Estenosis uretral	
		49	Estenosis del meato uretral	
			Espina bífida	

*En el caso de Insuficiencia Renal Crónica queda sin cobertura de casos nuevos a partir del 2007, únicamente se envían a pago casos de seguimiento de los autorizados en el 2006

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados al primer semestre de 2008*, [en línea], Dirección URL: En http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/descargas/trasparencia/informe_de_resultados_2008.pdf , pp. 58-59, [consulta: 26 de enero de 2009].

Este catálogo de enfermedades es un catálogo incompleto porque no cubre todas las enfermedades. Para los adultos no cubre todos los tipos de cáncer, sólo Cáncer Cérvico – Uterino y Cáncer de Mama. Los tumores y la leucemia sólo son atendidos en niños y adolescentes.

Con respecto a las intervenciones en salud que se realizan dentro del Seguro Popular cabe hacer notar sus limitaciones, por ejemplo, que sólo es gratuito para ciertos sectores de la población pobre y que no atiende todas las enfermedades:

La manera de presentar el SP ha causado confusión respecto de tres aspectos básicos: sólo es gratuita para el 20 por ciento de la población más pobre, todos los demás pagan prima; su cobertura médica es limitada al Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), que no cubre algunas enfermedades comunes pero caras de tratar, por ejemplo, infartos al corazón o accidentes graves, cuyos tratamientos son pagados por el paciente; además hay restricciones en la afiliación: sólo 14.3 por ciento puede registrarse al año.³⁵⁴

³⁵⁴ Asa Cristina Laurell, “El Seguro Popular, mitos y realidades”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 13 de febrero de 2009, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2009/02/13/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>, [consulta: 25 de febrero de 2010].

Existen varias críticas acerca del Seguro Popular desde la academia y el sindicalismo, por ejemplo el líder del Sindicato Nacional del Trabajadores del Seguro Social, Valdemar Gutiérrez declaró que se tienen problemas para atender a los niños, él señaló que no es que no quieran dar el servicio sino que les digan cómo y les den con qué.³⁵⁵

Gustavo Leal Fernández, investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana señala que: “Si el Seguro Popular de Fox es ya de por sí una mentira y un fraude, este seguro para niños de Calderón es todavía más fraudulento, porque se monta en aquél. Es un fraude montado sobre otro fraude. Estamos ante la mentira como estrategia de gobierno”.³⁵⁶

Y en otra parte del documento dice Leal Fernández:

El Seguro Popular está ofreciendo 249 intervenciones preventivas y un paquete de 307 medicamentos. A tales medidas ahora se le van (sic) agregar algunas otras que están enfocadas a los niños, puesto que aquí quedó integrado el nuevo seguro infantil de Calderón.

Sin embargo, esto es como darles aspirinas, pues de ahí a que sean atendidos medicamente, hay todo un abismo. ¡Caray!, la gente se está muriendo de cáncer, de enfermedades cardiovasculares, de ataques al corazón... Cuando esta población marginada realmente enfrenta estas enfermedades, no hay quien la pueda atender. Por eso, estos seguros ni son seguros ni son populares... ¡Son puro fraude!³⁵⁷

Es decir, el Seguro Popular es un programa incompleto que no brinda los servicios de la Seguridad Social. Observamos también cómo los servicios médicos no cubren todos los padecimientos. Además con toda esta problemática la atención de calidad se pone en duda.

³⁵⁵ Rodrigo Vera, *op. cit.*, p. 31.

³⁵⁶ *Ibid.*, p. 32.

³⁵⁷ *Ibid.*, p. 33.

En 2006 el número de familias afiliadas al Seguro Popular fue de 5, 100, 000; lo que representaba el 42.9 % del total de familias no aseguradas. Considerando la meta para el año 2010 -11.9 millones de familias- en ese año, el universo por afiliar era de 6.8 millones de familias.³⁵⁸ Con cifras preliminares a mayo de 2008, al cierre del semestre 23,459,764 personas se encontraban cubiertas por el SPSS.³⁵⁹

Tabla 5

Cuota Familiar según decil de ingreso en 2008

Decil de ingreso	Cuota anual por familia (pesos)
I	0
II	0
III	713.96
IV	1,400.04
V	2,074.97
VI	2,833.56
VII	3,647.93
VIII	5,650.38
IX	7,518.97

³⁵⁸ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *op. cit.* 2, p. 25.

³⁵⁹ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *op. cit.* 1, p. 33.

X	11,378.86
---	-----------

Cuotas vigentes a partir del 1 de abril de 2008, publicadas en el DOF, el 14 de febrero de 2008.

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados al primer semestre de 2008*, [en línea], Dirección URL: En http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/descargas/trasparencia/informe_de_resultados_2008.pdf p. 15. [consulta: 26 de enero de 2009].

Como podemos observar en la tabla anterior sólo los primeros deciles de la tabla están en el régimen gratuito, el resto de los deciles pagan cuota. Esto demuestra que el Seguro Popular es un seguro focalizado hacia las personas más pobres del país puesto que no es un seguro gratuito para todos, sólo para los más pobres.

Al primer semestre de 2008, el 97% de la población beneficiaria del Seguro Popular se concentraba en los primeros dos deciles de ingreso que formaban parte del régimen no contributivo. El resto de las familias que se encontraban en los deciles III al X formaban parte del régimen contributivo, excepto las familias del SMNG, Embarazo Saludable y las del decil III que tuvieran un integrante menor de 5 años.³⁶⁰ En 2006 el 9.5% de la población afiliada habitaba en comunidades donde más del 40% de la población hablaba una lengua indígena.³⁶¹ Más de la tercera parte del total de familias habitaba en los municipios de alta y muy alta marginación del país.³⁶²

³⁶⁰ *Ibid.*, p. 49.

³⁶¹ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *op. cit.* 2, p. 30.

³⁶² *Ibid.*, p. 32.

Estos últimos datos nos hablan precisamente de la focalización, que como vimos en el Capítulo I es, junto con la privatización selectiva y la descentralización una estrategia fundamental con la que se pone en marcha la reforma a los sistemas de salud.³⁶³

³⁶³ Carolina Tetelboin; Arturo Granados, *op. cit.*, p. 31.

Tabla 6

Familias afiliadas por decil de ingreso

(Cifras preliminares a mayo de 2008)

Entidad Federativa	Total	Familias por decil de ingreso							
		I	%	II	%	III	%	IV a X	%
Aguascalientes	116,894	63,091	54.0	49,260	42.1	4,009	3.4	534	0.5
Baja California	234,732	151,877	64.7	74,472	31.7	7,817	3.3	566	0.2
Baja California Sur	36,357	19,562	53.8	9,930	27.3	5,177	14.2	1,688	4.6
Campeche	98,952	69,571	70.3	28,456	28.8	738	0.7	187	0.2
Coahuila	99,605	65,754	66.0	31,210	31.3	2,237	2.2	404	0.4
Colima	83,746	41,633	49.7	34,572	41.3	6,551	7.8	990	1.2
Chiapas	516,409	435,655	84.4	80,540	15.6	198	0.0	16	0.0
Chihuahua	160,714	99,491	61.9	58,111	36.2	2,892	1.8	220	0.1
Distrito Federal	203,170	190,091	93.6	13,079	6.4	0	0.0	-	0.0
Durango	87,039	57,133	65.6	27,723	31.9	1,993	2.3	190	0.2
Guanajuato	567,461	368,444	64.9	185,182	32.6	13,086	2.3	749	0.1
Guerrero	304,820	272,886	89.5	28,618	9.4	2,922	1.0	394	0.1
Hidalgo	225,298	179,419	79.6	45,554	20.2	308	0.1	17	0.0
Jalisco	361,262	210,068	58.1	127,729	35.4	19,914	5.5	3,551	1.0
México	617,210	483,745	78.4	131,579	21.3	1,663	0.3	223	0.0
Michoacán	229,984	186,816	81.2	42,393	18.4	671	0.3	104	0.0
Morelos	174,491	130,072	74.5	43,895	25.2	475	0.3	49	0.0
Nayarit	112,305	71,427	63.6	38,728	34.5	2,009	1.8	141	0.1
Nuevo León	161,675	101,507	62.8	57,367	35.5	2,396	1.5	405	0.3
Oaxaca	418,234	354,945	84.9	63,234	15.1	50	0.0	5	0.0
Puebla	424,347	317,553	74.8	103,025	24.3	3,548	0.8	221	0.1
Querétaro	116,927	83,859	71.7	28,915	24.7	3,633	3.1	520	0.4
Quintana Roo	68,325	47,822	70.0	18,801	27.5	1,167	1.7	535	0.8
San Luis Potosí	240,172	167,474	69.7	69,898	29.1	2,324	1.0	476	0.2
Sinaloa	203,356	129,951	63.9	56,400	27.7	11,519	5.7	5,486	2.7
Sonora	198,402	115,101	58.0	70,028	35.3	12,442	6.3	831	0.4
Tabasco	411,824	170,480	41.4	149,038	36.2	47,119	11.4	45,187	11.0
Tamaulipas	298,236	225,512	75.6	71,619	24.0	1,084	0.4	21	0.0
Tlaxcala	105,689	76,348	72.2	29,190	27.6	148	0.1	3	0.0
Veracruz	592,752	458,747	77.4	132,778	22.4	1,098	0.2	129	0.0
Yucatán	160,793	125,082	77.8	35,382	22.0	292	0.2	37	0.0
Zacatecas	145,660	92,414	63.4	47,877	32.9	4,971	3.4	398	0.3
NACIONAL	7,776,841	5,563,530	71.5	1,984,583	25.5	164,451	2.1	64,277	0.8

* Cifras al mes de mayo de 2008.

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados al primer semestre de 2008*, [en línea], Dirección URL: En http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/descargas/traspacidad/informe_de_resultados_2008.pdf, p. 50, [consulta: 26 de enero de 2009].

En esta tabla podemos ver claramente la focalización: en el primer decil de ingresos se concentraba el 71.5% de las familias afiliadas, en el segundo el 25.5%, en el tercero el 2.1% y en el cuarto al décimo el 0.8%. Podemos ver

claramente la gran concentración de familias en los deciles I y II en donde se encuentran las familias más pobres.

En el primer semestre de 2008 35.2% de las familias afiliadas habitaban en zonas rurales mientras que el 64.7% de las familias se ubicaban en zonas urbanas.³⁶⁴

En el primer semestre de 2008 la infraestructura de unidades médicas para incorporar al SPSS tenía un porcentaje del 40.1%, teniendo en consideración los tres niveles de atención. En los Centros de Salud, 38.6% de la infraestructura ya se había incorporado al SPSS. Con respecto a los hospitales de segundo nivel, el 78.9% de los Hospitales ya estaban incorporados y en los de Alta Especialidad, el porcentaje era del 65.1%.³⁶⁵

Para la OCDE el Sistema de Protección Social en Salud ha sido un éxito:

Aunque se han logrado progresos en muchos aspectos desde el inicio de la década, el mayor éxito de todos ha sido la introducción del SPSS y el SP. Una vez que este programa se ponga en marcha por completo, se resolverá en gran medida el problema de la cobertura insuficiente de aseguramiento para una gran parte de la población, que es en la actualidad la debilidad más evidente del sistema. Además, se habrá logrado una redistribución de los recursos públicos dedicados a los servicios de salud entre instituciones y estados.³⁶⁶

El SPSS es un modelo a seguir para la OCDE y para las autoridades mexicanas debido a la separación que en él se hace entre la rectoría, el financiamiento y la prestación de los servicios.³⁶⁷ La OCDE y las autoridades mexicanas:

consideran el SPSS como parte de los esfuerzos continuos por alejarse de un sistema de instituciones aseguradoras y, a la vez, prestadoras de servicios integradas de manera vertical, hacia un sistema más universal con cobertura de servicios de salud para toda la población y en

³⁶⁴ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *op. cit. I*, p. 55.

³⁶⁵ *Ibid.*, p. 73.

³⁶⁶ Secretaría de Salud, *op. cit. I*, p. 170.

³⁶⁷ *Ibid.*, p. 136.

donde exista una integración horizontal de funciones que distinga entre la rectoría, el financiamiento y la prestación de los servicios.³⁶⁸

Esta separación abre paso a que los servicios los otorgue también el sector privado.

En el discurso el Seguro Popular se constituye en la estrategia que permitirá garantizar un acceso igualitario a la atención médica y se resalta el interés por ampliar la cobertura de los servicios de salud para todos los mexicanos, sin embargo, en un contexto neoliberal, donde, por un lado se desmantelan estas Instituciones de Seguridad Social que brindaron una atención más integral a los derechohabientes, puesto que comprendían varios seguros, no sólo servicios médicos sino protección ante vejez, invalidez, riesgos de trabajo, guarderías, etc., y por el otro se introduce el Seguro Popular que no brinda un aseguramiento integral a los afiliados, no puede haber un acceso igualitario a la salud, no en estas condiciones de empobrecimiento y de concentración excesiva de la riqueza. En este sentido, el Seguro Popular sirve para ocultar la realidad y legitimar al Estado neoliberal haciendo creer que a este le importa ampliar la cobertura en salud para toda la población. De ninguna manera garantiza el acceso igualitario a la salud; otorga ciertas atenciones a un sector de la población empobrecida, pero no lo hace de manera completa, puesto que no ofrece un esquema de aseguramiento integral para los afiliados, ni atiende todas sus necesidades.

En este sentido el Seguro Popular podría clasificarse como una política de “solidaridad con la pobreza”, uno de los mecanismos que permiten la gobernabilidad del país³⁶⁹.

Las políticas de „*solidaridad con la pobreza*’, llamadas así genéricamente, no tienden a resolver las necesidades nacionales sino que se aplican con la intención de apaciguar conflictos específicos y recuperar apoyos políticos. Son gastos sociales focalizados

³⁶⁸ *Idem.*

³⁶⁹ Eduardo Ruiz Contardo, *op. cit.*, p. 83.

con intención política. Encubren las verdaderas necesidades y también la reducción del gasto social.³⁷⁰

³⁷⁰ *Idem.*

Consideraciones finales

Como ya se demostró a lo largo del trabajo, durante las últimas décadas ha existido en México un proceso de privatización de los servicios de salud. La situación y los cambios por los que han atravesado dichos servicios en México obedecen a este proceso. También se ha demostrado que la privatización de la salud se encubre con una campaña ideológica cuyas características veremos más adelante.

Por ejemplo, al interior de las instituciones mexicanas de salud se ha observado una disminución en su presupuesto y el gasto privado en salud es mayor al público; todo esto impacta gravemente en la calidad de los servicios de salud. Existen indicadores que dan cuenta de la mala calidad de los servicios de salud en México como por ejemplo la sobresaturación de los consultorios en instituciones como el IMSS.

Además, según la percepción de los mexicanos, las instituciones privadas tienen una mayor calidad que las públicas. Esto nos muestra cómo las instituciones encargadas de los servicios de salud tienen una gran y creciente deficiencia para otorgar servicios de calidad a los mexicanos.

En instituciones de seguridad social como el IMSS e ISSSTE no se puede hacer frente al aumento de la población derechohabiente. Los institutos Nacionales de Salud que en otro tiempo fueron altamente reconocidos por la calidad en la atención y la investigación de punta que ahí se realizaba han caído en la falta de presupuesto y la sobresaturación.

La mala calidad en la atención hacen que las personas que tienen con qué pagar aunque esto signifique un gasto que los lleve a la pobreza se trasladen a instituciones de salud privadas, mientras quienes no tienen dinero deban esperar a que se les atienda en una institución pública de salud con una mala calidad que

les garantiza cada vez menos su derecho a la salud. Todo lo anterior es parte del proceso de privatización de la salud en México.

La crisis de las instituciones de seguridad social ha sido diferente para cada institución; los servicios para los obreros y los trabajadores al servicio del Estado bajaron su calidad en la atención y sintieron el impacto de la baja de presupuesto, mientras los servicios para los militares mejoraron.

En indicadores como la disponibilidad de consultorios, quirófanos, médicos, enfermeras, hospitales y camas censables, las instituciones que se encargan de atender a los militares mantuvieron su calidad y hasta mejoraron.

La descentralización de los servicios de salud también da cuenta de la privatización puesto que se quitan responsabilidades al gobierno federal y se delegan a los estados de la república sin que ello signifique un aumento de recursos hacia los estados.

Otra de las medidas que forman parte del proceso de privatización de la salud es la subrogación de los servicios médicos que significa que las instituciones públicas de salud pagan a instituciones privadas para atender a sus pacientes, de esta manera las instituciones públicas se van desmantelando puesto que los recursos se orientan hacia instituciones privadas. La privatización se lleva a cabo porque en lugar de que las instituciones públicas de salud hagan frente a su desmantelamiento, invierten los pocos recursos que tienen en instituciones privadas.

Una de las reformas más significativas para llevar a cabo la privatización de la salud es la privatización de las pensiones en el IMSS e ISSSTE. En el IMSS los seguros de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez pasaron de ser una responsabilidad colectiva a una responsabilidad individual donde cada trabajador aporta a una cuenta individual que se alimenta con recursos del trabajador, el patrón y el gobierno en una Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE).

Todo esto significa una gran transferencia de recursos hacia los bancos privados. Mientras los trabajadores tienen muy pocos recursos en sus cuentas, para los bancos esta privatización ha sido un gran negocio. Tras la privatización de los servicios de pensiones en el IMSS se lleva a cabo la privatización de las pensiones en el ISSSTE, de esta forma también se trasladan las responsabilidades del Estado hacia los trabajadores.

El proceso de privatización de la salud se explica con el proyecto neoliberal que se implementa en México. El neoliberalismo es un proyecto en el cual lo que importa es que crezca la tasa de ganancia sin importar qué pase con la población donde se aplica.

En México el proyecto neoliberal trajo consigo la flexibilización laboral, la venta de empresas paraestatales, los procesos de privatización de la salud y la educación, el auge de valores individualistas y un aumento en la militarización para que no se ponga en riesgo el orden establecido.

En México cambia la composición del bloque en el poder y cambia la forma del Estado. En este Estado de corte neoliberal en el bloque en el poder se encuentran los empresarios transnacionales, los grandes empresarios nacionales ligados al sector exportador y el capital financiero. Ahora las ganancias dejan de estar en el mercado interno y la industrialización para colocarse en la exportación y la actividad financiero-especulativa. De esta forma, bajo este esquema neoliberal las instituciones públicas de salud comienzan a entrar en un proceso de desmantelamiento porque ya no son compatibles con el Estado neoliberal, esto ocurre porque las instituciones públicas de salud surgieron bajo un Estado desarrollista donde gracias a quienes participaron en la Revolución de 1910 y a la fase de industrialización que vivió el país, la salud se convirtió en una responsabilidad pública que dio cabida a amplios sectores de la población como los obreros o los trabajadores al servicio del Estado. Incluso el derecho a la salud fue reconocido por la Constitución de 1917.

Esto no quiere decir que la atención a la salud fuera perfecta o que ese Estado desarrollista representara los intereses populares, es más, una parte de la población no podía acceder ni siquiera a servicios médicos básicos. Lo alarmante de la situación es que cuando el neoliberalismo empieza a aparecer en la escena nacional las instituciones que otorgaban atención médica a ciertos sectores de la población se privatizan y hacen que cada vez más la salud se convierta en algo privado, algo de lo que cada quien debe hacerse cargo como mejor pueda. Esto ocurre por los cambios del proyecto social y en el papel del Estado. En el Estado neoliberal las ganancias ya no están en el mercado interno sino en las exportaciones y las actividades financiero-especulativas, además de que existe una flexibilidad laboral que hace que se contrate a los trabajadores pero sin cubrir todos sus derechos.

En el neoliberalismo los obreros y los trabajadores al servicio del Estado dejan de tener un papel central en el funcionamiento de la sociedad, sin embargo, sectores como los militares siguen teniendo una importancia crucial en la conservación del orden, de ahí que ellos sigan teniendo los mejores niveles de atención en salud comparados con los obreros o los trabajadores al servicio del Estado. Otros sectores que son importantes para el Estado neoliberal son los grandes empresarios transnacionales y exportadores y los banqueros.

La campaña ideológica que acompaña a la privatización de la salud en México se encarga de presentar al Estado neoliberal como un defensor del derecho a la salud, negando que exista tal privatización y disfrazando las reformas privatizadoras como la solución a los problemas por los que atraviesan las instituciones de salud. Esta campaña neoliberal sirve para que las personas no reconozcan la realidad del proceso de privatización. En el caso de las reformas al sistema de pensiones en el ISSSTE, éstas fueron presentadas como la única solución para rescatar a la institución de la crisis financiera en la que se encontraba, haciendo énfasis en que con los anteriores esquemas de funcionamiento lo único que se había provocado era una crisis. Se ocultaba que

la crisis surgió debido a los cambios estructurales que habían ocurrido en México a raíz de la implementación del neoliberalismo. Se ocultaba también que la falta de recursos se debía a una estrategia de reducción en rubros como la salud y la educación para reasignarlos a sectores de la sociedad como empresarios y banqueros.

La insolvencia financiera de las grandes instituciones de seguridad social en México es presentada como una consecuencia de las transiciones demográficas y epidemiológicas de la población, ocultando su verdadero rostro privatizador.

El Seguro Popular es muy útil para la propaganda, por eso forma parte de la campaña ideológica neoliberal al hacer creer a la población que el Estado neoliberal se ocupa de la salud de todos los mexicanos y de una manera ejemplar. Al presentar al Seguro Popular como la estrategia clave en materia de salud se desvía la atención, de la privatización, desmantelamiento, y abandono de las instituciones públicas de salud, a los resultados y metas de este nuevo programa que en realidad es incompleto y cuya implementación no resuelve de manera satisfactoria el problema de la salud.

El Seguro Popular es un programa focalizado hacia la población más pobre del país; el gobierno no gasta mucho para el Seguro Popular, por eso es una herramienta poderosa, porque a pesar de su bajo gasto sirve mucho para aparentar que los servicios de salud se siguen ampliando. Mientras instituciones como el IMSS e ISSSTE se desmantelan, el Estado se centra en la focalización y poco a poco desplaza a las personas hacia este seguro. El Seguro Popular es también incompleto puesto que no cubre todos los padecimientos y no brinda todos los servicios que aún brindan las grandes instituciones de seguridad social.

Todo esto forma parte de la privatización de la salud; la salud, algo tan importante para el ser humano y tan preocupante en el caso de México, un derecho ganado por los mexicanos que cada vez más se vuelve un lujo que sólo algunos pueden pagar.

Fuentes de consulta:

Bibliografía

Bernal, Ignacio, *et.al.*, *Historia General de México*, México D.F., El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, Versión 2000, 1103 pp.

Bobbio, Norberto; Matteucci Nicola; Pasquino Gianfranco, *Diccionario de Política*, México, Siglo XXI Editores, duodécima edición en español, 2000, primera edición en Italiano, 1976, tomo I, 852 pp.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Estado de México, Ediciones Leyenda, 2008, 163 pp.

Crovi Druetta, Delia. *Ser joven a fin de siglo. Influencia de la televisión en las opiniones políticas de los jóvenes*. México, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 1997, 140 pp.

Cueva, Agustín. *El desarrollo del capitalismo en América Latina*, México, Siglo XXI Editores, (primera edición 1977, decimoséptima edición, 1999, 275 pp.

Fleury Teixeira, Sonia (org.), *Estado y Políticas Sociales en América Latina.*, México, UAM-X, 1992, 375 pp.

Flores Olea, Víctor y Mariña Flores, Abelardo, *Crítica de la globalidad. Dominación y liberación en nuestro tiempo*, México, FCE, 1999, 598 pp.

Gallino, Luciano, *Diccionario de Sociología*, México, Siglo XXI Editores, Segunda edición en Español 2001, Primera edición en Italiano 1978, 1003 pp.

Guillén Romo, Héctor, *La contrarrevolución neoliberal en México*, México, Ediciones Era, Primera reimpresión 2000, 257 pp.

González Casanova, Pablo. *El Estado y los partidos políticos en México*. México, Ediciones Era, 1999 sexta reimpresión, 256 pp.

Gramsci Antonio, *Antología*, Selección, traducción y notas de Manuel Sacristán, España, Siglo XXI Editores, Segunda edición, 1974, 520 pp.

Gutiérrez Arriola, Angelina, *México dentro de las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social de América Latina*, México, Siglo XXI Editores / IIEc-UNAM, 2003, 203 pp.

Hillmann Karl-Heinz, *Diccionario Enciclopédico de Sociología*, España, España, Empresa Editorial Herder, 2001, 1046 pp.

Ianni, Octavio. *La formación del Estado populista en América Latina*, México, Serie popular Era, 1980, segunda edición, 177 pp.

Labastida, Martín del Campo Julio (coord.) *Hegemonía y alternativas políticas en América Latina*. México, Siglo XXI Editores, 1985, primera edición, 486 pp.

Lerner Sigal, Bertha, et.al., *Las políticas sociales de México en los años noventa*, México, UNAM-FLACSO-Plaza y Valdés, primera edición 1996, primera reimpresión 1998, 511 pp.

Marini, Ruy Mauro; Millán, Mária (coords.), *La Teoría Social Latinoamericana. Tomo II. Subdesarrollo y Dependencia*, México, Ediciones El Caballito, 1994, 318 pp.

Marx, C., Engels, F. *La ideología alemana*, México, (primera ed. en español 1958), 1979, cuarta reimpresión, 234 pp.

Poulantzas, Nicos, *Estado, poder y socialismo*, España, Editorial Siglo XXI, 1980, 326 pp.

Rodríguez Rojas, María José, *La espiral de la militarización política en América Latina: del proyecto hemisférico a la dominación neoliberal (México, un caso de estudio ejemplar)*, Tesis de Doctorado en Estudios Latinoamericanos, México DF, 2010, 474 pp.

Secretaría de Salud. *Cuadernos para la historia de la salud*. México, Oficialía Mayor, Centro de Documentación Institucional, Departamento de Archivo Histórico, 1993, 121 pp.

Secretaría de Salud. *Salud: México 2006, Información para la rendición de cuentas*, México, Secretaría de Salud, 2007, Primera edición, 276 pp.

Solís de Alba, Ana Alicia, et. al. (coord.). *Globalización, reforma neoliberal del Estado y movimientos sociales*, México, Editorial Itaca, 2003, 274 pp.

Vázquez Olivera Mercedes Gabriela, *El viraje neoliberal de la política social y la búsqueda de alternativas en América Latina*. Tesis de Maestría en Estudios Latinoamericanos, México, UNAM, Octubre de 2008, 197 pp.

Vuskovic, Pedro, *Pobreza y desigualdad en América Latina*, México, CIIH/UNAM, 1993, 281 pp.

Weber, Max, *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*, México, FCE, 1944, 1236 pp.

Revistas

Anderson, Perry. "Balance del neoliberalismo: lecciones para la izquierda". *Viento del Sur*, núm. 6, Primavera de 1996, pp. 37-47.

Cervantes Jesusa. "Una inversión que no se hizo...", *Proceso*, núm. 1696, México, 3 de mayo de 2009., pp. 10-11

Cruz Rodríguez, Ma. Soledad, "Los Hospitales en la Ciudad de México: de la Caridad Cristiana a la Seguridad Social", *Sociológica*, Año 2, núm. 4, México D.F., UAM-A, verano de 1987, pp. 103-120.

Draibe, Sonia, "Neoliberalismo y políticas sociales: reflexiones a partir de las experiencias latinoamericanas", *Desarrollo económico*, núm. 134, vol. 34, Sao Paulo, Brasil, Universidade Estadual de Campinas, julio-septiembre, 1994, pp. 181- 196.

Eibenschutz, Catalina; Tamez Silvia; Bodek, Claudia, "Salud, neoliberalismo y privatización en el México de hoy", *Estudios políticos*, núm. 2, México D.F., enero-marzo 1994, pp. 47-65.

Icaza, Valdemar de. "En terapia intensiva. Seguridad social", *Expansión*, núm. 750, vol. 29, septiembre 1998, pp. 18-31.

Laurell, Asa Cristina y Ortega, María Elena, "Privatización de los servicios de salud", *El Cotidiano*, núm. 39, vol.7, México D.F., enero-febrero de 1991, pp. 64-68.

Miranda-Ocampo, Raúl. "La salud y la economía (1982-1992)", *Economía Informa*, núm. 234, diciembre-enero 1995, pp. 18-25.

Oliver, Lucio, *et. al.* "Neoliberalismo y política: la crisis mexicana", *Estudios Latinoamericanos*, año II, núm. 4, México, Julio-Diciembre, 1995, pp. 115- 138.

Ruiz Contardo, Eduardo, "Crisis, descomposición y neo-oligarquización del sistema político en América Latina", *Política y cultura*, año 3, núm. 5, México, UAM, Otoño 95, pp. 69-87.

Robles, Miguel y Vera, Rodrigo. "En el abandono", *Proceso*, núm. 1411, México, 16 de noviembre de 2003, pp. 36-44.

Ruiz Durán, Clemente, "Reforma laboral y debilidad institucional", *Economía UNAM*, núm. 5, vol. 2, México, mayo-agosto, 2005, pp. 41-55.

Tetelboin, Carolina y Granados Arturo, "Aspectos de los sistemas de salud de Chile, Colombia y México", *Argumentos*, núm. 35, México D.F., abril de 2000, pp. 25-43.

Valencia, Ana. "La privatización encubierta de los servicios de salud", *Trabajadores*, año 10, núm. 54, México, Universidad Obrera de México, mayo-junio 2006, pp. 24-28.

Vera, Rodrigo. “Seguro imposible”, *Proceso*, año 2007, núm. 1576, México, enero, pp. 30-34.

Periódicos

Alcalde Justiniani, Arturo, “El fraude de las Afores”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 30 de agosto de 2008, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2008/08/30/index.php?section=opinion&article=018a1pol>, [consulta: 2 de septiembre de 2009].

Aranda, Jesús, “Dan prórroga a trabajadores del ISSSTE para que elijan su régimen de pensiones”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, viernes 13 de junio de 2008, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2008/06/13/index.php?section=politica&article=012n1pol>, [consulta: 2 de diciembre de 2009].

Aranda, Jesús, “Fallo sobre Ley del ISSSTE avala privatizar la seguridad social”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 23 de junio de 2008, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2008/06/23/index.php?section=sociedad&article=046n1soc>, [consulta: 2 de septiembre de 2009].

Aranda, Jesús, “Con la Ley del ISSSTE, el Estado abdicó de sus responsabilidades”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 1 de septiembre de 2008, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2008/09/01/index.php?section=sociedad&article=045n1soc>, [consulta: 13 de junio de 2009].

Becerril, Andrea, “‘Disparate’, hablar de la privatización del IMSS: Borrego a legisladores”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 22 de abril de 1998, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/1998/04/22/>, [consulta: 13 de junio de 2007].

Becerril, Andrea, “Los militares contagiados con el VIH no serán dados de baja”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 31 de octubre de 2008, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2008/10/31/index.php?section=sociedad&article=052n1soc>, [consulta: 2 de diciembre de 2008].

Boltvinik, Julio, “Privatizar para segregar”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 3 de abril de 1998, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/1998/04/03/boltvinik.html>, [consulta: 3 de diciembre de 2008].

Cruz, Angeles, “Derechohabientes impugnan el cierre de guardería subrogada por el IMSS”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 22 de junio de 2002, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2002/06/22/040n2soc.php?origen=soc-jus.html>, [consulta: 2 de enero de 2009].

Cruz, Angeles, “Orilla IMSS a bajar la calidad de servicio en guarderías subrogadas”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 1 de febrero de 2003, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2003/02/01/038n3soc.php?origen=soc-jus.html>, [consulta: 2 de mayo de 2008].

Cruz Martínez, Angeles, “‘Normal’ que el Seguro Social subrogue servicios”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 13 de julio de 2005, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2005/07/13/043n3soc.php>, [consulta: 31 de marzo de 2008].

Cruz Martínez, Angeles, “Advierte Laurell sobre la posible privatización de servicios médicos”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 21 de marzo de 2007, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2007/03/21/index.php?section=politica&article=005n2pol>, [consulta: 8 de mayo de 2009].

Cruz Martínez, Ángeles, “Prevén el cierre de guarderías que prestan sus servicios al IMSS”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 24 de octubre de 2008, Dirección URL:

<http://www.jornada.unam.mx/2008/10/24/index.php?section=sociedad&article=051n2soc>, [consulta: 11 de enero de 2009].

Cruz Martínez, Ángeles, “Admite la Ssa que 33% de sus hospitales está en zona de riesgo”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 9 de abril de 2009, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2009/04/09/index.php?section=sociedad&article=035n1soc>, [consulta: 10 de febrero de 2010].

Fernández-Vega, Carlos, “México SA”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 12 de mayo de 2008, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2008/05/12/index.php?section=opinion&article=026o1eco>, [consulta: 28 de marzo de 2009].

González Amador, Roberto, “En México los bancos obtienen las mayores ganancias del mundo”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 21 de noviembre de 2005, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2005/11/21/031n1eco.php>, [consulta: 12 de agosto de 2009].

Gutiérrez Ruelas, Ulises, “Familiares de los niños muertos en la guardería ABC marchan en Sonora”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 6 de febrero de 2010, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2010/02/06/index.php?section=estados&article=027n2est>, [consulta: 20 de febrero de 2010].

Hernández Navarro, Luis, “Ley del ISSSTE: atraco a mano alzada”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 20 de marzo de 2007, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2007/03/20/index.php?section=opinion&article=017a1pol>, [consulta: 20 de diciembre de 2008].

Laurell, Asa Cristina, “Afiliarse al Seguro Popular no garantiza tener atención de salud”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 5 de septiembre de 2008, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2008/09/05/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>, [consulta: 20 de febrero de 2009].

Laurell, Asa Cristina, “El Seguro Popular, mitos y realidades”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 13 de febrero de 2009, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2009/02/13/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>, [consulta: 25 de febrero de 2010].

Leal F., Gustavo, “Ayuda a los pobres...!pero no los hagas ricos!”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 21 de junio de 2003, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2003/06/21/022a1pol.php?origen=opinion.php&fly=1>, [consulta: 3 de noviembre de 2008].

Leal F., Gustavo, “Guarderías IMSS: ¿‘crecer’ sin calidad?”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 18 de noviembre de 2006, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2003/02/01/038n3soc.php?origen=soc-jus.html>, [consulta: 15 de noviembre de 2008].

Méndez, Enrique, “Seguro Popular, otro fracaso de Vicente Fox”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 3 de abril de 2007, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2007/04/03/index.php?section=politica&article=003n1pol>, [consulta: 17 de febrero de 2010].

Muñoz, Alma, “En vigor, la Ley del ISSSTE; el sábado fue publicada en el *Diario Oficial*”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 3 de abril de 2007, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2007/04/03/index.php?section=politica&article=006n1pol>, [consulta: 5 de agosto de 2008].

Muñoz Rios, Patricia, “La Ley del ISSSTE no es ‘reversible’: Lozano”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 15 de junio de 2007, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/15/index.php?section=politica&article=009n1pol>, [consulta: 5 de octubre de 2009].

Muñoz Ríos, Patricia, “Crecerá la subrogación en el ISSSTE, afirma investigador”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 19 de junio de 2007, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/19/index.php?section=politica&article=011n2pol>, [consulta: 16 de noviembre de 2008].

Olivares Alonso, Emir, “La Ley del ISSSTE, diseñada para que „no se cobren las pensiones””, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 14 de mayo de 2007, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2007/05/14/index.php?section=politica&article=006n3pol>, [consulta: 2 de mayo de 2009].

Poy Solano, Laura, “Ley del ISSSTE, nueva imposición de Gordillo que no toleraremos: docentes”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 18 de marzo de 2007, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2007/03/18/index.php?section=politica&article=005n1pol>, [consulta: 2 de mayo de 2009].

Rodríguez, Israel, “Pérdidas de las Afores superan las aportaciones de 11 meses”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 21 de diciembre de 2008, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2008/12/21/index.php?section=economia&article=016n1eco>, [consulta: 10 de noviembre de 2009].

Vargas, Rosa Elvira, “Desmantelar el ISSSTE, meta de la nueva ley del organismo: expertos”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 26 de junio de 2007, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/26/index.php?section=politica&article=010n2pol>, [consulta: 3 de noviembre de 2009].

Zúñiga, Juan; Cardoso, Víctor, “Utilidades por más de \$4 mil millones para las Afore en 2005”, [en línea], México, *jornada.unam.mx*, 23 de enero de 2006, Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx/2006/01/23/index.php?section=economia&article=024n1eco>, [consulta: 5 de febrero de 2010].

Páginas electrónicas

Arredondo, Armando, *et al.*, “Efectos de la descentralización en el financiamiento de la salud en México”, [en línea], Dirección URL <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18461.pdf>, pp. 121-129 [consulta: 15 de octubre de 2010], 8 pp.

CEPAL, *Anuario estadístico de América Latina y El Caribe, 2006*, [en línea] Santiago de Chile, CEPAL, 2007, Dirección URL: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/3/28063/LCG2332B_1.pdf, [consulta: 24 de enero de 2009], 41 pp.

CEPAL. *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2008*, [en línea], Santiago de Chile, CEPAL, 2009, Dirección URL: En http://websie.eclac.cl/anuario_estadistico/anuario_2008/docs/ANUARIO2008.pdf. [consulta: 3 de julio de 2009], 430 pp.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Informe de resultados. Segundo semestre de 2006* [en línea], Dirección URL: <http://www.seguro-popular.gob.mx/contenido.php?scctcr.id=154> [consulta: 26 de enero de 2009], 115 pp.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados al primer semestre de 2008*, [en línea], Dirección URL: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/descargas/trasparencia/informe_de_resultados_2008.pdf [consulta: 26 de enero de 2009], 109 pp.

Fajardo Ortiz, Guillermo, *et al.*, *Perspectiva histórica de atención a la salud en México 1902-2002*, [en línea], México, Organización Panamericana de la Salud, 2002, primera edición. Dirección URL: <http://www.mex.ops-oms.org/documentos/antecedentes/perspectivas.pdf> [consulta: 21 de noviembre de 2008], 141 pp.

González Roaro Benjamín, Comparecencia ante la Comisión de Salud y Seguridad Social del Senado de la República, de la LIX Legislatura, en el marco de la Glosa del Quinto Informe de Gobierno de Vicente Fox, [en línea], 3 de noviembre del 2005, Dirección URL: <http://www.issste.gob.mx/comunicacionsocial/discursos.html> , [consulta: 10 de marzo de 2009], 44 pp.

IMSS, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2006-2007*, [en línea], IMSS, Dirección URL: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/EA5E70EE-7948-4EF3-BC2F-85749BB929F2/0/completo.pdf> [consulta: 17 de diciembre de 2008], 503 pp.

ISSSTE, *El ISSSTE en el gobierno del cambio*, [en línea], México, ISSSTE – Fondo de Cultura Económica, 2000, Dirección URL: <http://www.issste.gob.mx/comunicacion/ISSSTE-GOBIERNO-DEL-CAMBIO.pdf> [consulta: 26 de enero de 2009]. 265 pp.

OCDE, *Políticas Públicas para un Mejor Desempeño Económico. Experiencias del mundo para el desarrollo, México 10 años en la OCDE*, [en línea], México, OCDE, 2006, Dirección URL <http://www.oecd.org/dataoecd/32/31/36577222.pdf> [consulta: 17 de diciembre de 2008], 246 pp.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, [en línea], Dirección URL: <http://www.issste.gob.mx/nuevaleyleydelissste.pdf> [consulta: 27 de octubre de 2008], 64 pp.

Ley del Seguro Social, [en línea], Dirección URL: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/15E5C49C-4938-4966-814D-D75878A6CCF1/0/LeySeguroSocial.pdf> , [consulta: 17 de noviembre de 2010], 113 pp.

Lozano, Rafael, *et al.*, *Anexo: Métodos para los cálculos de la cobertura efectiva en 2005-2006* [en línea], Dirección URL: http://sinais.salud.gob.mx/cobertura_efectiva_suplemento/IVWebapendice_texto_figcuadros.pdf, [consulta: 27 de octubre de 2010], 31 pp.

Organización Panamericana de la Salud, *Marco referencial y estratégico de la cooperación técnica en Salud y Desarrollo Local*. [en línea] Unidad de Entornos Saludables. Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. OPS/OMS, 2005, en: http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/Desarrollo_Local_Cumbre_ELS_corregido.pdf [consulta: 25 de noviembre de 2009], 7 pp.

Organización Panamericana de la Salud, *Nuevos rumbos para la salud en las Américas. Informe Cuadrienal del Director* [en línea], Documento Oficial No. 306, 2002, Dirección URL: http://www.paho.org/Spanish/D/ops98-02_ch03.pdf [consulta: 25 de noviembre de 2009], 14 pp.

Organización Panamericana de la Salud, *Promoción de la salud en las Américas. Informe Anual del Director – 2001* [en línea], Washington, D.C.: OPS, © 2001, Dirección URL http://www.paho.org/Spanish/D/DO302_TOC.pdf [consulta: 25 de noviembre de 2009], 16 pp.

Puentes Rosas, Esteban. *et al., Trato adecuado en México: Diferencias Estatales e Institucionales*, [en línea], Síntesis ejecutiva 9, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, Dirección URL: http://www.dged.salud.gob.mx/interior/publi/docu/trato_adecuado.pdf [consulta: 15 de julio de 2009], 10 pp.

Secretaría de Salud, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México*. [en línea] Traducido a partir de las versiones originales en inglés y en francés. Publicado por acuerdo de la OCDE, París. 2005, Dirección URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/4/56/36986949.pdf>, [consulta: 21 de noviembre de 2008], 188 pp.

Secretaría de Salud, *Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas*, [en línea], México, 2005, segunda edición, Dirección. URL: <http://evaluacion.salud.gob.mx/saludmex2004/sm2004.pdf>, [consulta: 24 de enero de 2009], 230 pp.

Vázquez VM., Merino MF., Lozano R, *Las Cuentas en Salud en México, 2001-2005* [en línea] Dirección General de Información de Salud, Secretaría de Salud, México, D. F., 2006, Dirección URL: http://sinais.salud.gob.mx/sicuentas/docs/LasCuentasEnSaludEnMexico_2001-2005.pdf [consulta: 27 de noviembre de 2008], 60 pp.

Índice

Introducción. Pág. 3

Capítulo I Referentes teóricos en torno a la privatización de la salud. Pág. 9

La privatización de la salud a través de varios autores. Pág. 9

Conceptos clave en la privatización de la salud. Pág. 14

La salud. Pág. 14

Debates teóricos en torno al Estado. Pág. 15

Relación entre neoliberalismo y salud. Pág. 18

Neoliberalismo y políticas sociales. Pág. 22

Conceptos de ideología. Pág. 25

Capítulo II Antecedentes de la salud pública y el papel del Estado. Pág. 28

La salud en el desarrollismo mexicano. Pág. 32

El surgimiento de las instituciones de salud actuales. Pág. 36

La crisis del desarrollismo y su impacto en el Sistema de Salud. Pág. 43

Capítulo III La privatización encubierta. Pág. 47

La salud y el Estado neoliberal. Pág. 47

Gasto público en salud e impactos en la atención e infraestructura en México: comparación con otros países. Pág. 54

México y la salud: gasto público insuficiente. Pág. 59

Impactos en la atención e infraestructura de la salud en México: comparación entre instituciones. Pág. 67

Descentralización de los servicios de salud. Pág. 82

Subrogación de servicios médicos. Pág. 85

Las reformas a los sistemas de pensiones. Pág. 93

Capítulo IV La campaña ideológica neoliberal. Pág. 102

Las declaraciones. Pág. 103

El Seguro Popular. Pág. 112

Calidad en la atención y uso de los recursos. Pág. 115

Consideraciones finales. Pág. 142

Fuentes de consulta. Pág. 147

Índice de gráficas

Gráfica 1. Gasto en salud por fuente de financiamiento, 2002. Pág. 55

Gráfica 2. Estructura del gasto en salud, México 2000-2006. Pág. 66

Gráfica 3. Gasto per cápita institucional, México 2004-2006. Pág. 73

Gráfica 4. Camas censables por cada 1,000 derechohabientes, segundo y tercer nivel (1980-2006). Pág. 79

Gráfica 5. Sector Salud. Año fiscal 2006. Pág. 118

Gráfica 6. Distribución de los recursos del SPSS ejercidos por rubro de gasto y entidad federativa, México 2005. Pág. 120

Gráfica 7. Avance respecto a la meta 2010 por entidad federativa (Cifras preliminares a mayo de 2008). Pág. 127

Índice de tablas

Tabla 1. Evolución de los presupuestos de salud, México, 1980-1989. Pág. 60-61

Tabla 2. Gasto público en salud como porcentaje del PIB, México. Pág. 63-64

Tabla 3. Calificaciones Ajustadas para los Ocho Dominios de Atención Ambulatoria y Hospitalaria según Tipo de Institución. México 2002. Pág. 76

Tabla 4. Enfermedades que cubre el FPGC, 2008. Pág. 131-133

Tabla 5. Cuota Familiar según decil de ingreso en 2008. Pág. 135-136

Tabla 6. Familias afiliadas por decil de ingreso.

(Cifras preliminares a mayo de 2008). Pág. 138

Índice de mapas

Mapa 1. Cobertura efectiva basada en 14 intervenciones, México 2005-2006. Pág. 125

