

Políticas de salud en México

La reestructuración neoliberal

OLIVIA LÓPEZ ARELLANO*

JOSÉ BLANCO GIL**

1. Introducción

Los procesos de transformación de las políticas de salud y seguridad social en América Latina en las últimas tres décadas, tienen como marco global la reorganización del capital a nivel mundial y el impulso a proyectos de reordenamiento societal basados en los preceptos de la economía neoclásica y de la ideología neoliberal (Villarreal, 1984; Andersen, 1995). Esta fase de desarrollo capitalista se caracteriza por la hiperconcentración de recursos planetarios (naturales, económicos, financieros, de conocimiento e información, así como de capacidad político-militar) y la exclusión masiva de poblaciones de los satisfactores esenciales para la vida.

La primacía y movilidad irrestricta del capital financiero, la transnacionalización de las economías, en donde un grupo reducido de empresas definen la producción y el comercio mundial; así como, el acelerado desarrollo científico-técnico que posibilita la transformación y deslocalización de procesos productivos e impone nuevos modelos de uso y exclusión de la fuerza de trabajo, se combinan para fortalecer los espacios supranacionales de decisiones económicas y políticas (Soto, Carrillo y Revueltas [coords.], 1995). Se profundiza así, la desigual apropiación y usufructo de los recursos nacionales, se redefine la soberanía de los países y se imponen megaproyectos sociales que cuestionan la funcionalidad de los estados de bienestar y limitan el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales.

* Profesor e Investigador Titular. Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, UAM-Xochimilco, México. Correo electrónico: oli@correo.xoc.uam.mx.

** Profesor e Investigador Titular, Maestría en Medicina Social, Coordinador de la línea de investigación "Calidad de vida, salud y territorio", Departamento de Atención a la Salud. UAM-Xochimilco, México.

En este proceso de reorganización mundial, se consolida un bloque unipolar de superpotencias, se erosionan los estados-nación y se impone a la mayoría de los países un papel subordinado en lo económico, lo político y lo social, cuya esencia es la global-subordinación a un orden planetario basado en las fuerzas del mercado. Así, se redefinen las relaciones entre el Estado y el mercado y entre el Estado y la sociedad.

En América Latina, como resultado de la global-subordinación, los sistemas económico-políticos se transforman y las relaciones Estado-sociedad se tornan más complejas. Frente al agotamiento del modelo de industrialización y a las crisis económicas recurrentes, actores diversos y fragmentados generan múltiples demandas e invaden el espacio estatal, produciendo una socialización de lo político y muestran un Estado incapaz de articular la creciente complejidad social (Belmartino, 1992:25).

Se modifica el papel del Estado¹ como espacio para la construcción de consensos, en una perspectiva de crecimiento económico y cuya concepción de orden social se basa en el progreso, el racionalismo y la productividad (Belmartino, 1992). Se inicia un proceso de “modernización” y reforma del Estado que abandona las tareas del Estado keynesiano², conformado en los países centrales en la posguerra y forma dominante en la mayoría de los países industrializados y se configura un Estado promotor y garante del mercado. Sin embargo, la transformación del Estado de bienestar es diferente en los distintos países y su desarrollo está delineado por la resistencia o aceptación de las diferentes fuerzas nacionales y locales a la implantación del modelo neoliberal (Navarro, 1999).

2. La transformación de la política social

El papel del Estado se redefine y su adelgazamiento selectivo se considera condición esencial para enfrentar el agotamiento del modelo de acumulación, remontar las sucesivas crisis económicas y sentar las bases del nuevo modelo económico. Así, la “receta” para los países de ingresos medios y bajos se dirige a limitar la intervención estatal en la producción de bienes y servicios, a fortalecer su capacidad para desregular, privatizar y desarrollar políticas fiscales y

1. El Estado entendido como un espacio de condensación de una relación de fuerzas, como regulador de las relaciones sociales y factor de cohesión en una formación social (Belmartino, 1992:123).

2. El modelo keynesiano identifica dos grandes problemas del capitalismo de libre mercado: el desempleo y la concentración del ingreso y centra su propuesta en la demanda y el salario, proponiendo la intervención del Estado como administrador de la demanda y redistribuidor del ingreso, dinamizando así, la acumulación de capital a través del gasto público.

monetarias que garanticen el equilibrio de las variables macroeconómicas. En este proceso, el Estado es el actor principal “para convertir el mercado en el principio articulador de la economía... [pues] no sólo crea las condiciones necesarias para la implantación del modelo neoliberal sino que destruye la base material y económica de otros proyectos de organización social” (Laurell, 2001:16). Es decir, se politiza el mercado y el Estado se reconoce como un activo agente de relaciones económicas, cuyas decisiones dependen de la capacidad de presión y veto de actores sociales capaces de movilizar recursos de poder (Portantiero, citado en Belmartino, 1992)

La reforma del Estado presenta modalidades diversas en los distintos países, en tanto depende del régimen político, de su conformación histórica, de sus ámbitos de intervención y formas de representación de intereses, de la complejidad y extensión de sus instituciones, de su articulación con clientelas particulares; así como, de los arreglos institucionales y la configuración de actores y arenas de lucha específicas. Sin embargo, se identifican situaciones que están presentes en la mayoría de los procesos latinoamericanos de modernización del Estado:

- Eliminación de su condición de Estado propietario, al vender propiedades y activos estatales
- Limitación de su papel redistributivo al impedir el uso del gasto público como dinamizador de la economía.
- Restricción de su capacidad para regular las relaciones de clase, al abandonar la tutela sobre el trabajo.
- Reducción de su compromiso social al evadir su responsabilidad como garante de derechos constitucionales.
- Desmantelamiento selectivo, mercantilización de las instituciones estatales, privatización de lo público rentable
- Fortalecimiento de su capacidad de control sobre las variables macroeconómicas
- Desarrollo de mecanismos para desregular la economía, liberalizar el comercio y conformar mercados estables.
- Intervención frente a las “imperfecciones” del mercado, desarrollando acciones selectivas y focalizadas para compensar sus “fallas”.
- Compactación de sus estructuras burocráticas y descentralización de su operación institucional.

En este proceso de reforma del Estado, se expresa con claridad la relación contradictoria entre la necesidad de gestión e intervención estatal para apoyar activamente los procesos de valorización y expansión del capital y, la regulación de las relaciones sociales, así como, la institucionalización del conflicto de clases. Esta contradicción, conduce a refuncionalizar la acción del Estado

de modo que se corresponda con el proyecto de modernización neoliberal y, al mismo tiempo, se inscriba en la búsqueda de consensos. Así, se reestructuran las formas de dominación corporativa, se modifica la norma de consumo social y se desplaza la responsabilidad de garantizar derechos y producir servicios hacia distintos actores (López y Blanco, 1993)

La modernización neoliberal sienta las bases para la conformación de proyectos sociales destructores de derechos, pues entraña una transformación en la distribución de la riqueza al interior de los países, en la estructura de clases y en el reparto social del poder. Así como, el desmantelamiento de las prestaciones sociales que supone un desafío a los destinatarios organizados y una amenaza al consenso social de las democracias “corporatistas” (Calderón, 1988).

En política social se conforman dos estrategias diferentes pero complementarias. Por una parte, se fomenta la participación de la iniciativa privada en la producción de servicios que suponen una mayor rentabilidad económica y se plantea su regulación a través de las fuerzas oligopólicas del mercado y, por otra, se profundiza la acción selectiva del Estado a través de programas focalizados de combate a la pobreza, reeditando una versión moderna de la beneficencia decimonónica. Se delinea así, una propuesta eficientista que racionaliza los recursos, intenta reducir los costos, simplifica la prestación de los servicios, redefine las poblaciones a las que se orienta su quehacer, privatiza lo público rentable e introduce la lógica de mercado al interior de las instituciones estatales (López y Blanco, 1993).

La política social se modifica y asume un papel residual y subordinado a las directrices del modelo neoliberal. Se restringe la acción pública a modelos asistencialistas que se instrumentan a través de paquetes de servicios básicos, justificados desde una perspectiva tecnocrática³, en donde nuevos actores como las agencias financieras multinacionales, en particular el Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo y el Fondo Monetario Internacional, asumen un papel protagónico (López, O. 1994; Blanco y Rivera, 1994; Laurell y López, 1996).

Las transformaciones de la política social en general y de salud en particular, se rigen por la lógica bipolar de privatización/mercantilización y neobeneficencia (López y Blanco, 1993; Laurell, 1997; López y Blanco, 2001; Laurell, 2001) que redefinen las características de los sistemas de protección social, modifican la relación público-privada y descentralizan problemas a los niveles regionales y locales, sin fortalecer las capacidades técnicas, financieras y organizacionales para enfrentarlos. Así mismo, en este tránsito, se fortalecen los mecanismos autoritarios y clientelistas de prestación de servicios y se privilegian las formas de atención asistencialistas y selectivas (Laurell, 1992; López y Blanco 1993; López, 1996).

3. Ver por ejemplo los informes del Banco Mundial sobre la pobreza (1990), sobre la inversión en salud (1993) y sobre los servicios para pobres (2004).

3. La política de salud en México

En 1982, los efectos de la coyuntura internacional (caída de los precios internacionales del petróleo y aumento del costo del crédito externo) evidencian las contradicciones de la economía mexicana y acaban bruscamente con el espejismo del auge petrolero, profundizando la crisis presente desde la década anterior. Es en este momento, cuando el estado mexicano comienza a asumir abiertamente una política de ajuste estructural para enfrentar el periodo crítico y propone para el país un proyecto modernizador a mediano plazo, que entraña una nueva fase de desarrollo capitalista (Valenzuela, 1990).

El estado mexicano –tardíamente, en comparación con otros países de América Latina – transita de un sistema político a otro. Particularmente, se redefinen el conjunto de relaciones económico-financieras con el exterior y el sistema de alianzas que articula la relación Estado-sociedad (Calderón, 1988).

La burguesía nacional e internacional, el FMI y el Banco Mundial, en coincidencia plena con los grupos más conservadores de la tecnoburocracia nativa, presionan para que se garantice una mayor acumulación de capital, se abran nuevos espacios al capital privado (nacional y extranjero) y se rompa el corporativismo, que para el nuevo modelo de desarrollo resulta anacrónico. Desde la perspectiva de estos actores, la intervención estatal es la responsable de la espiral inflacionaria y de la baja en la productividad. El Estado aparece como ineficiente y el gasto social como improductivo, dejando como única salida para enfrentar la crisis, la modernización de la sociedad y del Estado a través de privatizar y desregular (Suárez, 1989). Es decir, se propone el desmantelamiento de la vertiente de bienestar del estado mexicano y la modificación de su intervención económica.

Se inicia así, una estrategia global de reestructuración económica cuyos ejes centrales son: el recorte al gasto público (incluido el gasto social), la reconversión industrial, la liberalización del comercio, la privatización de empresas y servicios, así como la integración cada vez más orgánica a la economía de los EE.UU. En este proyecto se promueve una transnacionalización creciente de la estructura productiva, en donde los sectores dominantes insertan y organizan los intereses privados al interior del aparato estatal, que comienza a funcionar con una lógica privatista que reordena las relaciones sociales (López, 1992a).

La creciente hegemonía de los grupos financieros, el debilitamiento del sistema de dominación corporativa con la consecuente marginación primero y posterior subordinación de las cúpulas obreras en la orientación de la política económica y social y la consolidación de la tecnoburocracia como el sector hegemónico de la clase política, redefine los espacios políticos. Se refuerza el poder ejecutivo y se despolitizan las demandas sociales y políticas convirtiéndolas en actos técnico-administrativos. Sin embargo, mientras en el ámbito económico se propone el retraimiento selectivo del Estado como

una condición indispensable para el proceso modernizador, en el ámbito político se refuerzan los mecanismos autoritarios y el uso intensivo de la propaganda para denostar a las instituciones públicas. Como ejemplo se pueden citar las campañas mediáticas contra la empresa de telefonía nacional antes de ser privatizada en los ochentas, contra el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) antes de la privatización del sistema de pensiones en los noventas y contra los trabajadores del IMSS antes de la modificación de su régimen de pensiones en 2004. Así mismo, destaca la amplia difusión de los informes “catastrofistas” del director general del IMSS en los años 2001, 2002 y 2003 sobre la viabilidad financiera de la seguridad social y en particular sobre los enormes pasivos laborales del Instituto.

El viraje neoliberal de la política social mexicana se expresa en el desplazamiento de la responsabilidad estatal de garantizar los derechos sociales constitucionales (salud, educación, empleo, etc.) hacia diversos grupos, en el recorte del gasto social y en el impulso de una visión minimalista de garantizar algunos servicios públicos para los pobres, mientras se promueve activamente la conformación de mercados estables para la resolución de las necesidades sociales de los no pobres (López, 1992b). Esta reconfiguración, plantea el desmantelamiento de la vertiente de bienestar –restringida y excluyente– que el estado mexicano había desarrollado en las décadas anteriores (López y Blanco, 2001).

Se cuestiona el desarrollo institucional que parte de la política social postcardenista (1936), hasta el inicio de la década de los ochenta y que expresa la restringida vertiente de bienestar impulsada por el Estado y cuya base material es un conjunto heterogéneo y fragmentado de instituciones públicas de protección social, entre las que destacan de manera importante aquellas orientadas a la educación y a la atención a la salud (López y Blanco, 1997). Esta política social se estructura alrededor de la estrategia de industrialización y su eje es la relación corporativa Estado-movimiento obrero a través de la distribución de bienes y servicios públicos a cambio de la integración a la institucionalidad y a las prácticas del sistema político mexicano (Valencia y Barba, 1997).

A pesar de tratarse de una política social corporativa y centralista, permite el tránsito de la beneficencia filantrópica privada a la seguridad social ligada al empleo, al salario y garantizada por el Estado; así como, el reconocimiento jurídico de las organizaciones y de un conjunto de derechos sociales que reducen la inseguridad en el empleo y posibilitan la producción estatal de bienes y servicios necesarios para el mantenimiento de la fuerza de trabajo (Barba, 1997).

La política de salud y seguridad social, que comparte la estructuración clientelar y corporativa de la política social, inicia su transformación y es modelada por la disminución del presupuesto destinado al sector, la descentralización vertical y sin recursos, la privatización selectiva de servicios y beneficios, el traslado de los costos de la atención a los usuarios, la selectividad de las intervenciones y la focalización en las poblaciones; así como, por un discurso tecnocrático que justifica el

proceso en términos de costo-beneficio y costo-efectividad, coloca el bienestar y la salud en el ámbito de lo privado e insiste en la culpabilidad individual en la generación de la enfermedad, al promover el autocuidado y los llamados estilos de vida saludables como la opción para transformar la situación de salud de los mexicanos (Kumate, 1989).

Estos rasgos de la política de salud conducen a la fractura del régimen de seguridad social al privatizar las pensiones y desfinanciar la atención médica, a una mayor fragmentación de las instituciones que atienden a población sin seguridad social, al deterioro de los servicios públicos de atención médico-sanitaria y producen el desmantelamiento de los programas de control de enfermedades, reduciendo la limitada eficacia de las medidas epidemiológicas puntuales y potencian la polarización epidemiológica y la regresión sanitaria⁴ producto de las estrategias neoliberales para remontar las sucesivas crisis económicas.

4. La política de salud neoliberal. Ejes de transformación

En México, entre los principales ejes de la transformación neoliberal de las políticas de salud se pueden identificar los siguientes: 1) la recomposición financiera del sector, 2) la descentralización, 3) la privatización selectiva de lo público rentable, 4) el discurso tecnocrático, 5) la selectividad y la focalización y, 6) la introducción de la lógica mercantil en las instituciones públicas. Estos ejes se impulsan desde 1982 y con distintos matices sexenales y periodos de aceleración y freno, se mantienen a lo largo de cuatro sexenios, permean el quehacer de las instituciones públicas de salud y seguridad social y prefiguran un nuevo orden mercantil en el sector.

En los siguientes apartados se desarrolla cada uno de ellos, ilustrando los cambios con los aspectos que se consideran más relevantes.

4.1. Recomposición financiera del sector

Los principales objetivos de los Programas Nacionales de Salud 1984-1988, 1990-1994, del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 y del Programa Nacional de Salud 2001-2006 giran alrededor de ampliar la cobertura de atención, elevar la calidad en la prestación de los servicios de salud;

4. La mayor parte de los planteamientos sobre regresión sanitaria y polarización epidemiológica han sido desarrollados en Blanco y López (1990a); Blanco y López (1990b); López y Blanco (1993) y López y Blanco (1997).

favorecer la equidad atendiendo prioritariamente a la población pobre y enfrentar sobre todo a las enfermedades que por su magnitud y trascendencia se constituyen en problemas de salud pública, con especial énfasis en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Sin embargo, la dinámica global de la política económica y social y en particular el monto de los fondos públicos destinados al sector, limita el logro de los objetivos planteados.

En el periodo 1980-1988, la participación del gasto en salud y seguridad social como proporción del Producto Interno Bruto (PIB) disminuye de 2.5% a 1.3%. En este periodo se produce una recomposición drástica, pues el gasto en salud no sólo disminuye aceleradamente respecto al PIB, sino que su participación como proporción del financiamiento del sector público también descende (de 6.2% a 2.5%). Así mismo, se reduce el presupuesto destinado a financiar los sistemas de atención a población abierta (de 21.6% a 17.5% del gasto sectorial) y decrecen los recursos públicos para apoyar el segundo y el tercer nivel de atención (de 53.9% a 44.9% del gasto destinado a los servicios de atención curativa) (López y Blanco, 2001). Para amortiguar el desfinanciamiento, se impulsa una reestructuración que propone la corresponsabilidad financiera de los gobiernos estatales y municipales en el financiamiento de los servicios y la diversificación de las fuentes de financiamiento (Arredondo, 2002).

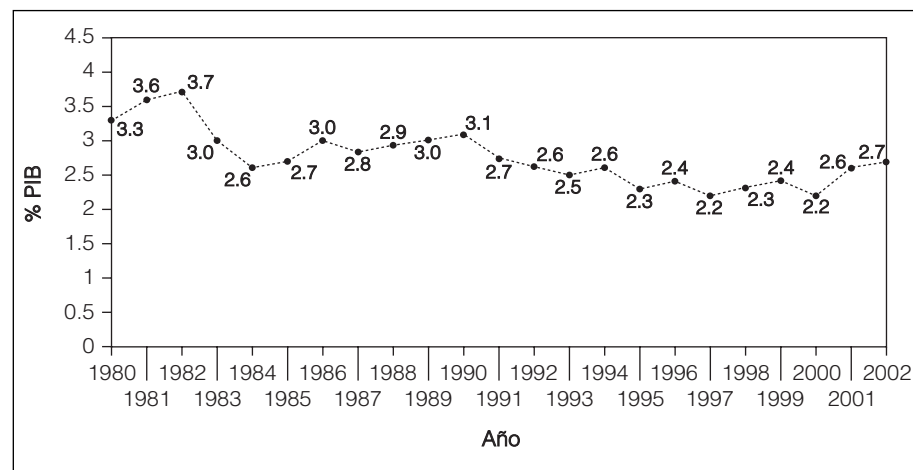
Esta reestructuración involucra financiamiento externo, convenios de cofinanciamiento, participación de instituciones privadas y aportaciones directas de la sociedad. Esta reestructuración involucra financiamiento externo (sobre todo préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y del Banco Mundial (BM), que condicionan los fondos a los cambios organizacionales y financieros prescritos por ellos), convenios de cofinanciamiento, participación de instituciones privadas, aportaciones directas de la sociedad y más recientemente prepago voluntario de la población sin seguridad social, mejor conocido como *Seguro Popular de Salud*.

Para 1990, se observa un incremento moderado del financiamiento, sin recuperar los niveles de gasto público en salud como porcentaje del PIB de los años 1981-82. La irrupción –en diciembre de 1994– de una nueva crisis financiera, vuelve a impactar negativamente el gasto en salud y para 1997 se observan los niveles más bajos de la década.

Entre 1982 y 1998, se mantienen las tendencias ya descritas: reducción de los recursos destinados al mantenimiento de equipo e instalaciones y al desarrollo de infraestructura de nueva creación; la disminución de los recursos per cápita para la atención a la salud de la población sin seguridad social y la caída de los niveles salariales de los trabajadores de la salud (López y Blanco, 2001).

Entre 1998 y 1999 se observa un leve aumento de los recursos públicos destinados a salud, que vuelven a caer en el año 2000.

Gráfico 1: Gasto Público en salud como porcentaje del PIB México 1980-2002*



Fuente: Elaboración propia con datos de Informes de Gobierno: C. Presidente Miguel de la Madrid; C. Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León y Primer y Tercer Informe de Gobierno del C. Presidente Vicente Fox Quesada.

Al iniciar el sexenio 2000-2006, tanto el subsistema de seguridad social como el de atención a población no derechohabiente están desfinanciados y se mantienen profundas desigualdades en el gasto ejercido entre población asegurada y población sin seguridad social (1.9% del PIB para la seguridad social y 0.7% para la población no-asegurada).

Para el año 2000, la situación del sector es crítica y el gobierno del “cambio” así lo reconoce en su Programa Nacional de Salud 2001-2006 (SSA, 2001). Sin embargo, su propuesta de transformación puede ser considerada como la cuarta fase de la modernización neoliberal en salud iniciada en los ochentas (López y Blanco, 2005). Esta propuesta tiene como uno de sus ejes centrales la reestructuración financiera del sector salud, cuyo gasto público continúa siendo uno de los más bajos de América Latina (2.6% del PIB), bajo los argumentos de evitar el gasto de bolsillo en el momento de enfermar y proteger contra los llamados gastos catastróficos a las familias pobres (SSA, 2004).

Al amparo de un discurso de corresponsabilidad, el gobierno federal desde 1982 reduce su participación en los fondos públicos destinados a salud, trasladando parte del mantenimiento de los servicios y de los costos de la atención a

* Para el período 1991-1995 se utilizaron datos de las Cuentas Nacionales de Salud: México, 1998. Para el gasto de 1996 se utilizó una estimación de Funsalud.

los niveles locales y a la población usuaria. Los recursos destinados a los sistemas descentralizados de salud a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), se estancan desde 2001 y no ascienden ni al 0.5% del PIB y en el 2004, por cuarto año consecutivo, el gobierno federal destina recursos mínimos para la inversión en infraestructura médica (López y Blanco, 2005).

El insuficiente crecimiento del presupuesto público para la atención a la salud contrasta con las necesidades de atención, que se hacen más complejas, por el incremento poblacional, las transformaciones demográficas, particularmente el envejecimiento de la población y por las precarias condiciones de vida y de trabajo que polarizan los riesgos para la salud y dificultan el acceso a una atención de calidad.

En este contexto, el margen de maniobra de los sistemas estatales descentralizados se reduce a su mínima expresión, y en la mayoría de las entidades sólo se tienen recursos para el pago de nómina de los trabajadores del sector y para hacer frente a los gastos fijos (p.e. agua, energía eléctrica, servicio telefónico y vigilancia), por lo que los recursos para financiar las tareas sustantivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención a los daños son prácticamente inexistentes. Todas las instituciones públicas de salud son "castigadas" por el insuficiente presupuesto, el peso de la reducción se traslada con mayor intensidad a los programas de desarrollo de infraestructura y equipamiento, a las áreas de menor visibilidad política y social de corto plazo (como la investigación y la promoción); así como, a las instituciones que atienden a población sin seguridad social (López y Blanco, 2005).

Este desfinanciamiento prolongado, la pérdida de centralidad del financiamiento público y los nuevos esquemas de prepago para reorganizar financieramente al sector, lejos de fortalecer a las instituciones, las debilitan, reducen su capacidad resolutoria frente a los problemas de salud/enfermedad cada vez más diversos y complejos y deslegitiman su quehacer frente a la ciudadanía, reforzando las tesis neoliberales de que la ineficiencia, la mala calidad y el burocratismo son características inherentes a los servicios públicos. Se legitiman así, las propuestas de mercantilización de lo público y de privatización de lo público rentable (López y Blanco, 2001; López y Blanco, 2005).

4.2. Descentralización

La descentralización de los servicios de salud se constituye en la estrategia de mayor importancia para las instituciones que atienden a población sin seguridad social, en los periodos 1984-1988 y 1994-2000. La postura gubernamental señala que a través del proceso descentralizador se pretende ampliar las coberturas, mejorar la calidad de los servicios y conciliar la eficiencia en la prestación de la atención y los derechos de los trabajadores. Asimismo, fortalecer el federalismo,

revertir el proceso centralizador y trasladar la responsabilidad de la operación, la capacidad de decisión y los recursos al lugar donde se efectúa la prestación de los servicios, en el marco de los sistemas estatales y locales de salud (Oszlak, 1990; Soberón y col., 1983). Entre los propósitos no explícitos están el abaratamiento de costos, la racionalización del gasto en salud y la suma de esfuerzos financieros. Con la descentralización se pretende responsabilizar a la periferia de actividades que paulatinamente fueron concentrándose en el centro del país, comprometiendo a los niveles regionales y locales en la resolución financiera y técnica de los problemas. Se intenta, también, desarticular estructuras sindicales de alcance nacional cuyas burocracias tienden a otorgar una excesiva rigidez a la fuerza de trabajo. En esta dinámica se manifiestan los nuevos derroteros de la concertación social, en donde el pacto Estado-clase obrera pierde importancia.

El proceso tiene dos vertientes, la desconcentración de las facultades a los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados (SCSPE) y en el Distrito Federal (SCSPDF) y la descentralización propiamente dicha, a través de la creación de Sistemas Estatales de Salud y de la transformación de la Secretaría de Salud en una dependencia normativa y reguladora (SSA, 1983).

El avance de la descentralización en los estados es desigual, pero en mayor o menor medida, enfrenta problemas semejantes. Entre los más importantes se pueden mencionar: insuficiente asignación y disponibilidad de recursos financieros, limitaciones de infraestructura y de canales adecuados de distribución que generan desabasto de insumos y equipo médico en el nivel local y saturan la capacidad de almacenamiento, conservación y mantenimiento en los niveles estatales; conflictos laborales por la negociación cupular entre el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTSS) y la alta burocracia de la SSA, que pactan prestaciones que tienen que ser subsanadas con recursos locales; restricciones severas en la apertura de plazas y contratación de personal e imposibilidad para garantizar la homologación salarial y funcional (López, 1996).

La transferencia de los programas verticales de control de enfermedades a las entidades federativas, así como su operación horizontal, se plantea como parte de la reorganización del sector, con el propósito de ampliar las coberturas, aprovechar al máximo los recursos y obtener mayor rendimiento desde el punto de vista costo-beneficio, en un contexto de limitaciones financieras. Los programas son entregados a los servicios estatales para su operación, independientemente si están descentralizados o no. Este proceso enfrenta diversos problemas, entre ellos: falta de capacidad técnica y financiera de los servicios estatales para asumir de manera integrada las acciones de cada programa; rigidez en los procedimientos administrativos que impide la gestión oportuna de recursos, equipo y materiales; resistencia de los trabajadores para incorporarse como personal "regular" bajo las jerarquías jurisdiccional y estatal; pérdida de movilidad de los equipos especializados por la adscripción de brigadas móviles a las unidades de salud; concentración del personal en las oficinas estatales y desatención de los niveles jurisdiccionales y/o locales;

desmantelamiento y/o atomización de equipos especializados e insuficiencia de recursos financieros para garantizar la movilidad del personal operativo y supervisor, del material y del equipo. En los hechos estas dificultades operativas se convierten en “cuellos de botella” para la atención (López, 1996; López y Blanco, 2001).

Estos problemas se presentan en todos los estados, aunque la integración del personal y la continuidad de las actividades son variables, dependiendo fundamentalmente del nivel de desarrollo de la red de unidades y de la capacidad económica de los gobiernos estatales. En los hechos, se produce un desmantelamiento temporal de los programas de control de enfermedades, con la consecuente reducción de la eficacia de las medidas epidemiológicas puntuales (Blanco y López, 1990b).

En el caso del programa IMSS-Coplamar⁵, posteriormente IMSS-Solidaridad y actualmente IMSS-Oportunidades, la entrega de las unidades médicas a los sistemas estatales de salud (SESA) se realiza sin el soporte material, humano y logístico-administrativo proporcionado –hasta antes de la descentralización– por el régimen ordinario del IMSS. El paro casi total de las actividades de este programa en los estados “pioneros” en la descentralización y la redefinición de atribuciones dentro del sector salud, confronta a las cúpulas burocráticas del IMSS y de la SSA y explica la suspensión temporal del proceso descentralizador entre 1988 y 1994 y la recuperación parcial del programa IMSS-Solidaridad que para 1990 opera en 17 estados, con 2 666 unidades de primer nivel (UMR), 52 hospitales rurales y una cobertura aproximada de 11 millones de mexicanos (IMSS-Solidaridad, 1990).

La oposición de algunos gobiernos estatales, la insuficiencia de recursos financieros (federales y locales) para apoyar el proceso y las pugnas de las cúpulas burocráticas institucionales, determinan que la descentralización se suspenda temporalmente y sea retomada hasta mediados de los años '90. Sin embargo, las condiciones para simplificar la prestación de servicios y transitar hacia intervenciones selectivas en el ámbito sanitario ya están dadas y el discurso gubernamental las justifica en términos del ahorro y la optimización del gasto social (SSA, 1990).

Después de un sexenio de suspensión (1988-1994), el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 vuelve a retomar la descentralización de los servicios de salud como estrategia fundamental para continuar con la reorganización de los servicios de atención a población sin seguridad social (SSA, 1995; SSA, 1998).

El proceso de descentralización propuesto como eje de la reforma del sector salud –al igual que su antecedente de los años ochenta– plantea la entrega de las unidades de la Secretaría de Salud (SSA) y del Programa IMSS-Solidaridad a los gobiernos estatales, con el propósito de conformar sistemas estatales de salud (Diario

5. Programa nacional desarrollado como la vertiente solidaria del Instituto Mexicano del Seguro Social, que -con recursos federales- atiende a población campesina e indígena no asegurada en todo el país.

Oficial de la Federación, 1984); reedita las consideraciones sobre las necesidades y ventajas de descentralizar y expresa objetivos semejantes a los enarbolados en aquel periodo (1984-1988)⁶. Sin embargo, está ausente un balance crítico sobre lo ocurrido con las entidades federativas que se descentralizan en los ochentas, donde en realidad lo que se concreta es una desconcentración operativa y contra lo planteado en el discurso, se agudizan diversos problemas en el sector salud.

La estrategia descentralizadora es decidida por el nivel federal e impuesta por decreto a los trabajadores, a los usuarios y a algunos gobiernos estatales. El nivel central, traslada responsabilidades de la federación a los estados, sin transferir suficiente apoyo técnico que permita el desarrollo de capacidades locales. Así mismo, los fondos para apoyar el proceso son escasos e impactan negativamente sobre la viabilidad financiera de la producción de servicios públicos. En esta perspectiva, se puede afirmar que la descentralización de los servicios de salud en México, no fue sólo una transformación administrativa o técnica, sino esencialmente una redefinición político-económica, que sentó las bases para instrumentar nuevos esquemas de financiamiento y producción de servicios (López y Blanco, 2001).

Además el proceso descentralizador fractura los mecanismos de redistribución del presupuesto federal posibilitando que entidades con mayores presupuestos concentraran porcentajes mayores del apoyo financiero de la federación⁷. En los estados con menores recursos y gobiernos con menor capacidad de presión política, la falta de apoyo financiero agudiza el deterioro de los servicios de salud y la necesidad de allegarse recursos de diversas fuentes, sentando las bases para la búsqueda de esquemas “novedosos” de financiamiento: impuestos estatales y municipales, formas de prepago, pago por servicios, inversión privada y aumento de cuotas de recuperación (López y Blanco, 1993; Laurell, 1997; Laurell, 2001; López y Blanco, 2001).

4.3. Privatización selectiva de lo público rentable

Los servicios de salud de las instituciones de seguridad social a los que accede la población empleada formalmente sufren un deterioro importante, debido

6. Ver por ejemplo, la justificación expuesta en el Programa Nacional de Salud, 1984-1988 y las razones mencionadas durante la ceremonia de firma de acuerdos y convenios para la descentralización de los servicios de salud, que hacen referencia a dejar atrás el centralismo, hacer efectivo el derecho a la salud, dar uso más eficiente al gasto social y atacar la marginación y la pobreza (versión estenográfica de las palabras del presidente Zedillo en el acto) (*La Jornada*, 21 de agosto de 1996, p. 10).

7. Según datos presentados en: Soberón, Kumate y Laguna (1988:121), los estados de México, Jalisco, Nuevo León y Tabasco, concentraron en el trienio 1985-87 más del 50% del total del financiamiento federal.

fundamentalmente a la descapitalización, producto del deterioro salarial y la pérdida de empleos⁸ (Laurell, 1995; Laurell, 1997), así como por la retirada de la participación del gobierno federal en su financiamiento⁹ (Soria y Farfán, 1990; Laurell, 1996), que facilita el proceso de homogeneización “hacia abajo” del conjunto de instituciones públicas de salud y fortalece las propuestas privatizadoras. Así mismo, se impulsa la separación de los fondos de pensiones de los seguros sociales públicos y se propone su administración privada, Todo esto bajo los argumentos del ahorro interno y de una mayor eficiencia en el uso de los recursos (Mussot, 1996).

En este marco, se produce un acelerado crecimiento de las empresas médicas privadas (nacionales y extranjeras) y un estancamiento del sector público en la producción de servicios médicos, que se justifica por su deterioro y por el supuesto (reforzado desde los sectores oficiales) de que servicio privado es sinónimo de eficiencia y calidad. Desde luego, no se trata de un proceso de venta de las instituciones públicas de salud a la iniciativa privada, sino la subrogación de áreas rentables, así como el éxodo de asegurados del sector público hacia el sector privado, con el consecuente crecimiento de empresas médicas y la descapitalización extrema de los sistemas públicos de seguridad social (Laurell, 2001). Situaciones ilustrativas de este proceso son: la creciente subrogación de medicamentos, análisis de laboratorio y gabinete; el auge de los seguros médicos privados, el crecimiento de consorcios médicos y la decisión política de impulsar activamente la reversión de cuotas como una opción fundamental para la atención médica de los cotizantes de altos ingresos del IMSS, la privatización de los fondos de pensiones y su entrega a los grandes grupos financieros privados.

En los '90, se realizan dos modificaciones legales que perfilan los derroteros privatizadores impuestos a la seguridad social mexicana. La primera de ellas, en 1992 que incrementa la aportación patronal para las futuras pensiones de los trabajadores, pero que no ingresa a la rama de invalidez, vejez, cesantía y muerte (IVCM) del IMSS, sino que se utiliza para la creación del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), que se conforma con cuentas individuales administradas por grupos financieros reposicionados en las instituciones bancarias reprivatizadas. En 1995, se produce la segunda reforma, al modificar la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Esta nueva ley elimina el

8. Estimaciones de Laurell (1995) señalan que de 1983 a 1994, la pérdida acumulada de ingresos consecuencia de la depresión salarial fue del orden de 217 mil millones de nuevos pesos (cantidad 5,4 veces mayor que el presupuesto total del IMSS para 1995)

9. Como ejemplo se puede citar que en 1980, el porcentaje correspondiente al gobierno federal en el financiamiento tripartita del Instituto Mexicano del Seguro Social era del 15% y en 1988, este se reduce al 5%. El caso del ISSSTE es todavía más grave ya que el subsidio federal es totalmente retirado desde 1984.

papel del IMSS como responsable único de la administración de fondos y pagador de las pensiones, al asignar estas tareas a las Afores y a las aseguradoras, legaliza la administración y el control privado sobre los fondos de pensiones y expresa la agenda oculta de la reforma: la transferencia masiva de fondos del sector público al privado, el fortalecimiento de los grupos financieros y la mercantilización del sistema de pensiones (Laurell, 1996; Escobar y Ulloa, 1996). En forma semejante, la propuesta de reversión de cuotas en los servicios de atención médica, impulsa la opción privada dentro del sistema de aseguramiento y en un futuro no muy lejano se estará en presencia de un éxodo de cotizantes de mayores ingresos hacia la atención privada por la vía de la reversión de cuotas. En tanto estos cotizantes (alrededor de 20%) aporta el 45% de los recursos cotizados por los trabajadores (Laurell, 1995), es previsible una profundización del desfinanciamiento de los servicios médicos del IMSS y una selección adversa para la institución pública, que se quedará con los trabajadores de menores ingresos y mayores riesgos, así mismo con aquellos excluidos de la atención privada por la complejidad, costo y/o cronicidad de su patología (Mussot, 1996).

Así, se sustituye la concepción constitucional pública, solidaria, redistributiva e integral de la seguridad social, por otra individualista y privatizadora. Se fracturan los principios solidarios que articulaban la seguridad social mexicana y se favorece la emergencia de pequeños grupos privilegiados de trabajadores, que por sus ingresos podrían acceder a un servicio médico de alta calidad y a pensiones suficientes y, grandes sectores de la población (trabajadores de ingresos medios y bajos, subempleados, trabajadores eventuales) con pensiones raquíticas o excluidos de la seguridad social y parcialmente atendidos a través de servicios públicos homogeneizados por su deterioro.

4.4. Discurso tecnocrático:

la salud como un bien privado y su atención un problema de costo-beneficio y costo-efectividad

Diversos actores reconocen a la salud como una condición esencial para la vida plena, sin embargo la perspectiva es diversa en términos de darle contenido y sobre todo al proponer prioridades y estrategias para su protección, cuidado y garantía.

La salud es reconocida como una necesidad humana básica, su atención un satisfactor esencial y un derecho inalienable (OMS, 1978), pero la forma en que cada sociedad responde a esta declaración es muy diversa. Este enunciado, tiene un punto de partida ético-político que se materializa en preceptos constitucionales, ordenamientos jurídicos y derechos sociales e individuales. Asimismo, las formas de reconocer y medir las condiciones de salud de las colectividades,

son motivo de debate entre disciplinas, tradiciones científicas, visiones populares y lecturas “expertas”.

Los organismos supranacionales y la mayoría de los gobiernos, se han aproximado a la medición de las condiciones de salud/enfermedad, a través de complejos diagnósticos que reconocen situaciones demográficas y epidemiológicas permeadas por la desigualdad, la inequidad, la pobreza y los rezagos socio-sanitarios, en el mundo, entre países y entre grupos sociales, etnias y géneros (BM, 1990; BM, 1993 y 2004). Asimismo, los diagnósticos nacionales muestran complejidades y preocupaciones semejantes para el país y sus regiones. (SSA, 1984; Funsalud, 1994; SSA, 1995; SSA, 2001). Sin embargo, las propuestas para enfrentar estas situaciones se reducen a un conjunto de medidas definidas, justificadas e implementadas por grupos de expertos que desde la perspectiva del pensamiento hegemónico en salud, tienen la última palabra en cuanto a la definición de las necesidades de atención y las propuestas de solución (Blanco y Rivera, 1994; López y Blanco, 1996).

La política de salud neoliberal transita de diagnósticos complejos a recomendaciones para que se apoye a las unidades familiares en la atención de su salud, para que se capacite a las niñas pobres y éstas sean mejores cuidadoras en el futuro y para que mujeres informadas sean mejores usuarias de los servicios de salud. En especial, se promueve la definición de servicios y paquetes básicos para la atención de los pobres, la selección de intervenciones costo-efectivas y la medición de los daños que pueden modificarse con las acciones elegidas (Murray y López, 1996).

Este tipo de propuestas, consistentes y articulada con la plataforma neoliberal, se inscriben en la lógica de que el bienestar social y la salud pertenecen al ámbito de lo privado y de que los gobiernos sólo intervienen en lo que los privados no quieren o no pueden hacer (Laurell y López, 1996) y proponen como quehacer legítimo del gobierno, el alivio de la pobreza, la producción de servicios que generan grandes externalidades y la regulación de las imperfecciones del mercado y/o de mercados ineficientes; así como, la inversión sobre bienes públicos en sentido restringido, cuya característica fundamental es que una persona puede usarlos o beneficiarse de ellos sin limitar su aprovechamiento por los demás y/o cuando las externalidades o traspaso de beneficios o pérdidas de una persona a otra. En estos casos, la intervención gubernamental está plenamente justificada en consideración al riesgo de los otros y al comportamiento de mercados ineficientes. En esta visión, si la producción de bienes y servicios no se apega a estos criterios, no debe ser apoyada con recursos gubernamentales pues no se justifica su financiamiento, ya que además se interfiere con la capacidad de los privados (individuo, familia, comunidad) de hacerse cargo de su salud (BM, 1993; BM, 2004).

En política de salud, el planteamiento se traduce en que los fondos públicos deben canalizarse a financiar únicamente servicios básicos, liberar mercados

cautivos –al restringir en los hechos el papel del Estado como financiador y productor de servicios– y simultáneamente amortiguar los costos sanitarios del ajuste para darle viabilidad a largo plazo al proyecto neoliberal.

Desde la perspectiva del Banco Mundial, actor central en la reorganización de los servicios de salud y financiador –a través de múltiples préstamos al gobierno mexicano– de los procesos de modernización de las instituciones de salud y seguridad en México, la inversión en salud deben orientarse a disminuir la Carga Global de Morbilidad (CGM) al menor costo posible, promoviendo la diversidad y la competencia de los servicios de salud (BM, 1993). Para este fin, la CGM, medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) se propone como un instrumento “técnico y objetivo” que sustenta la selección de intervenciones, alejando las decisiones de las presiones políticas y justifica la integración de los paquetes básicos de servicios de salud, al identificar las acciones de menor costo y mayor ganancia en AVAD. En paralelo avala la decisión de no invertir en intervenciones por su baja eficacia en función de los costos (BM, 1993)

En México, la medición de la CGM ha orientado en los últimos 10 años, la integración de paquetes básicos, la definición de prioridades de atención y el destino de una parte de los exigüos recursos públicos para los servicios de salud. (Lozano y col., 1994; SSA, 1995 y 2001). Estos ejercicios “técnicos” han servido para apuntalar propuestas excluyentes en la atención a la salud, para configurar accesos diferenciales a los servicios, a despoltizar la definición de prioridades y a difundir que la transformación de las condiciones colectivas de salud/enfermedad son ante todo problemas de eficiencia técnica y racionalidad administrativa (Blanco y Rivera 1994).

4.5. Selectividad y focalización

La propuesta de servicios básicos y/o intervenciones puntuales, en la lógica de abaratar costos y maximizar resultados no es nueva y se inscribe en la pugna entre los defensores de los servicios integrales y los impulsores de acciones costo-efectivas, que impactan a corto plazo algunos indicadores de enfermedad y muerte. La polémica de finales de los años ‘70 y principios de los ‘80 discutía los alcances de los planteamientos integrales de Atención Primaria a la Salud (APS) (OMS, 1978; Unger y Killingsworth, 1986), frente a la APS selectiva (Walsh y Warren, 1979; Berman, 1982) y sus éxitos con propuestas como el GOBI-FFF –por las siglas en inglés de: Growth, Oral rehydration, Breast feeding, Inmunization, Family planning, Food supplementation, Female status– (Gish, 1982).

En los ‘90, la perspectiva de intervenciones selectivas es retomada por las agencias financieras supranacionales, en especial el Banco Mundial, para justificar la reorientación de los recursos financieros hacia intervenciones

poco costosas y capaces de reducir la carga de morbilidad de los pobres sin incrementar los gastos. Estas agencias, proponen que los gobiernos financien un conjunto limitado de medidas de salud pública y servicios clínicos, dirigidos fundamentalmente a la población pobre (BM, 1993).

Esta perspectiva de selectividad en las intervenciones, no se limita a la elección de ciertas acciones puntuales, sino que se extiende hacia la necesidad de identificar con precisión poblaciones que por su condición socioeconómica, califican para recibir el servicio y/o la intervención.

Este segundo componente es identificado como focalización y pasa por definir cuales poblaciones deben ser incluidas o excluidas de los servicios de salud. Así, se propone restringir la actividad a los grupos pobres y al interior de la población así etiquetada, focalizar –aún más– su quehacer en algunos subgrupos. Las propuestas de capacitación e información a las mujeres pobres (BM, 1993:43), los programas para fomentar la escolaridad de las niñas pobres (BM, 1993:49) y el tratamiento de enfermedades comunes graves de la población infantil pobre (BM, 1993:117) se inscriben en esta lógica.

Esta perspectiva señala que la inversión en salud deben orientarse a disminuir la Carga Global de Morbilidad (CGM) al menor costo posible y que la inversión pública en salud, debe limitarse a aquellas acciones de bajo costo que permitan “ganar” un mayor número de años de vida saludable, dirigidas sobre todo a la población pobre, a través de una correcta asignación de recursos públicos con criterios de eficiencia técnica e instrumental, por medio de intervenciones de alta efectividad y bajo costo (BM, 1993).

Las estrategias de focalización de los recursos en ciertas poblaciones y de selectividad de las acciones son retomadas por los distintos gobiernos sexenales y se justifican con un discurso sobre los beneficios de una aplicación eficiente de los recursos económicos en términos del gasto social, que –según la visión oficial– a pesar de la existencia de fondos limitados y necesidades crecientes, mantienen el acceso de los grupos más vulnerables a los servicios de salud (PND, 1990; SSA, 1995; SSA, 2001).

Así, en las décadas de los ‘80 y ‘90 y el primer quinquenio de la década del 2000, se identifica un discurso oficial que proclama la universalidad, la equidad y la calidad en la atención a la salud, mientras que los servicios y programas transitan de propuestas integrales, incluyentes e intersectoriales a planteamientos de acción selectiva y focalizada a través de intervenciones puntuales dirigidas a la población pobre. En particular, la SSA a través de los sistemas estatales de salud se constituye en la “punta de lanza” de estas estrategias de selectividad y focalización.

En México, se aceptan e impulsan estas propuestas de reorganización de las instituciones públicas de salud, que –con base en las directrices banco mundialistas– definen que los fondos públicos, deben utilizarse para financiar paquetes básicos, integrados por intervenciones costo-efectivas y que estos

servicios, deben dirigirse a las poblaciones pobres. Para el resto de población no pobre, la acción estatal alienta la conformación de mercados estables en donde la resolución de las necesidades de atención se realice en forma privada (Laurell y López, 1996; Laurell 2001).

Así, a partir de 1995, se determinan 12 acciones constitutivas del paquete de servicios básicos, que se limitan a: saneamiento básico a nivel familiar; manejo de casos de diarrea en el hogar; tratamientos antiparasitarios a las familias; identificación de signos de alarma de infecciones respiratorias agudas y referencia a unidades de atención médica; prevención y control de tuberculosis pulmonar; prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus; inmunizaciones; vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño; servicios de planificación familiar; atención prenatal, del parto y puerperio; prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones, así como, participación social (SSA, 1995). A partir de la presión de redes mujeres y organizaciones interesadas en la salud sexual y reproductiva, se incluye como treceava intervención la detección oportuna de cáncer de cervicouterino.

Para 2003, la Ley General de Salud se modifica con la adición de un capítulo sobre la creación del Sistema de Protección Social en Salud, que fortalece la concepción minimalista de la garantía de derechos y restringe el derecho constitucional a la protección de la salud.

Este cambio legal, introduce un nuevo esquema para proteger la salud mediante la contratación voluntaria de un seguro (subsidiado) que cubre un paquete de servicios básicos. No sólo se transita de una concepción de derecho universal a una visión restrictiva, sino que se legalizan los “minipaquetes” de servicios, que excluyen la atención de patología prevalente en el país y contienen menos intervenciones que las ofrecidas por las instituciones de seguridad social. Así mismo, se deja abierta la posibilidad de que cada entidad federativa incluya intervenciones subsidiadas con recursos locales, lo que podría ser discriminatorio en función del lugar de residencia.

Las propuestas de “minipaquetes” contrastan con la perspectiva integral que enarbola los principios básicos de la estrategia de Atención Primaria a la Salud y que sustenta, por ejemplo, la creación del IMSS-Coplamar, en donde la salud se concibe como resultado de las condiciones vida y trabajo de las poblaciones y plantea su modificación, no sólo a través de la acción médica, sino también y esencialmente, por medio del quehacer sanitario y la transformación social. Esta concepción se concreta en un conjunto de servicios y opciones de atención de 1° y 2° nivel, para la población históricamente más excluida: campesinos e indígenas (López, 1995).

En sus etapas de mayor desarrollo este programa incluía: “atención continua e integrada de promoción, protección y recuperación de la salud [con servicios de] consulta externa, asistencia farmacéutica, atención materno infantil y planificación familiar, educación para la salud, orientación nutricional, promoción

del saneamiento, inmunizaciones y control de enfermedades transmisibles” (IMSS-Coplamar, 1979:8). Así como, servicios de 2° nivel de atención, en las clínicas-hospital de campo en donde se prestan servicios de: consulta externa de la especialidad de medicina familiar, medicina preventiva, atención odontológica, asistencia farmacéutica, consulta externa y hospitalización de las divisiones básicas de la medicina (ginecología, pediatría, cirugía y medicina interna (IMSS-Coplamar, 1979).

Cuadro 1: Servicios de salud para la atención de población no derechohabiente México, 1979, 1995 y 2004

Servicios de salud IMSS-Solidaridad 1979	Paquete básico de servicios de salud 1995	Catálogo de servicios esenciales en salud 2004*
Atención continua e integrada de promoción, protección y recuperación de la salud con servicios de: - Consulta externa - Asistencia farmacéutica - Atención materno-infantil - Planificación familiar - Educación para la salud - Orientación nutricional - Promoción del saneamiento - Inmunizaciones - Control de las enfermedades transmisibles	Saneamiento básico a nivel familiar Manejo de casos de diarrea en el hogar Tratamientos antiparasitarios a las familias Identificación de signos de alarma de IRAS y referencia a unidades de atención médica Prevención y control de tuberculosis pulmonar	Detección y prevención (9) Medicina ambulatoria (5) Odontología (3) Salud reproductiva (6) Embarazo, parto y recién nacido (5) Rehabilitación (2) Urgencias (6)
Servicios de segundo nivel de atención en las clínicas-hospital de campo en donde se prestan servicios de consulta externa en las especialidades: - Medicina familia - Medicina preventiva - Atención odontológica - Asistencia farmacéutica	Prevención y control de hipertensión arterial Prevención y control de diabetes Inmunizaciones	Hospitalización (9) Cirugía general (8) Cirugía ginecológica (3) Cirugía urológica (2) Cirugía oftalmológica (3)

* Los números entre paréntesis hacen referencia al número de intervenciones de cada capítulo.

Consulta externa y hospitalización en las divisiones básicas: - Ginecología, pediatría, cirugía y medicina externa	Vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño Servicios de planificación familiar, atención prenatal, del parto y el puerperio Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones Participación social	Cirugía reconstructiva para niños (4) Traumatología (6)
---	--	--

Fuente: Elaboración propia con el catálogo de servicios del IMSS-Coplamar (1979), el anexo B, Paquete Básico de Servicios de Salud, Programa de reforma del sector Salud (1995) y Catálogo de Servicios Esenciales del Sistema de Protección Social en Salud (2004).

4.6. La lógica mercantil en las instituciones públicas

La introducción de un conjunto de medidas al interior de las instituciones públicas, pretenden hacer más eficiente y competitiva la prestación de servicios, así como imprimir otra lógica al financiamiento y a la producción de los servicios públicos de salud. Uno de los cambios sustanciales a nivel federal es la transformación de la Secretaría de Salud (SSA) en una entidad exclusivamente normativa y reguladora, así como la transferencia de diversas tareas de conducción del sistema nacional de salud hacia organismos autónomos (p.e. la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios) e incluso algunos de ellos privados (p. e. los Consejos para la certificación de profesionales de la salud).

En el conjunto de estrategias, también destaca el impulso a nuevos actores de intermediación financiera en salud (p.e. las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud – ISES–), así como, el énfasis en la constitución de mercados internos y en la competencia administrada, como la solución a diversos problemas de eficiencia y calidad de la atención.

A partir de 2001, la SSA propone el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) que enfatiza los aspectos gerenciales y administrativos para flexibilizar la operación de los servicios de salud a través de organismos públicos descentralizados. Así como, facilitar la subrogación y la articulación de prestadores de servicios diversos (privados, sociales y públicos) (SSA, 2001). En 2002 se establece el plan piloto de aseguramiento voluntario para población sin seguridad social, conocido como *Seguro Popular de Salud* que inicia formalmente, en mayo del 2003, con la reforma a la Ley General de Salud. En ésta, se adiciona un capítulo sobre el Sistema de Protección Social en Salud y

se plantea la reestructuración de los fondos del sistema público, bajo un discurso de protección financiera. Para esto se propone un seguro voluntario, de integración tripartita con fondos federales, recursos estatales y aportación familiar, pero condiciona el monto del aporte financiero federal al volumen de afiliados, es decir, se subsidia la demanda.

Este seguro incluye un paquete de servicios ambulatorios y de hospitalización preestablecido y un fondo para la atención de enfermedades que generan los llamados “gastos catastróficos” en las familias (SSA, 2004). El programa obliga a las entidades federativas a canalizar recursos adicionales, que no tienen, introduce la lógica mercantil del aseguramiento privado al sistema público; por ejemplo: publicidad para hacer atractiva la afiliación, distracción de personal de los servicios para el reclutamiento de usuarios, construcción de un padrón de asegurados, identificación de preexistencias, control de altas y bajas, etc. que implica costosos mecanismos administrativos y de gestión del programa. Además, obliga a la población pobre a prepagar un paquete de servicios que incluye intervenciones que anteriormente eran gratuitas (p. e. vacunación y control del prenatal). Por otra parte, con la propuesta de que los recursos “sigan” a la demanda, se refuerzan los mecanismos de exclusión, pues los sistemas estatales castigados presupuestalmente serán los que afilien menos personas y debido a que la afiliación es voluntaria y ligada a la capacidad de respuesta de los servicios, el círculo perverso de *déficit de infraestructura-capacidad de respuesta limitada-afiliación insuficiente-recursos escasos* se reforzará, profundizando las desigualdades entre los sistemas estatales

En particular, el Seguro Popular es visto por los gobiernos de las entidades federativas como un programa que puede amortiguar la insolvencia financiera y resolver aunque sea en forma transitoria, los requerimientos más urgentes para el funcionamiento de los sistemas estatales de salud.

Si bien la operación del Seguro Popular es responsabilidad de los regímenes estatales del Sistema de Protección Social en Salud, las decisiones fundamentales, el control y la evaluación de este programa se concentran en el Ejecutivo Federal y se responsabiliza a las entidades federativas del cumplimiento de las obligaciones señaladas en la ley y en la instrumentación de las decisiones de la federación. De esta manera, los estados quedan con la responsabilidad de la prestación de servicios y con la obligación de garantizar servicios, medicamentos e insumos, con fondos condicionados a su capacidad de afiliación.

Además, se condiciona la universalidad y la gratuidad a criterios basados en la situación socioeconómica de los usuarios y se deja fuera a la población pobre no afiliada al Seguro Popular y a los beneficiarios que pierdan definitivamente la posibilidad de contratarlo. Se impulsa así, una vertiente más de diferenciación y de atomización del sistema.

5. A manera de conclusión

En este proceso de modernización de la política social, la intervención del Estado se focaliza y se hace más selectiva, canalizando recursos en grupos o zonas problemáticas, se refuerzan los mecanismos autoritarios y el manejo clientelista y discrecional del financiamiento. Simultáneamente se propician formas de producción de servicios que suponen una mayor rentabilidad económica y se plantea su regulación a través de las fuerzas oligopólicas del mercado (nacional y extranjero) que aparentemente garantizan una mayor eficiencia, aún a costa de aumentar la inequidad.

La recomposición del gasto social, la focalización de los recursos en zonas de importancia económica y/o política, la intervención selectiva a través de las acciones de combate a la pobreza extrema y la reorganización institucional con el fin de conservar un mínimo de servicios baratos y simplificados para los grupos más depauperados, delinean una política social de “neo-beneficencia”. Si bien, no se está en presencia de un proceso de desmantelamiento global de las instituciones de bienestar social, su modernización conservadora entraña costos sociales sumamente elevados para las mayorías.

La consolidación del Sistema Nacional de Salud, en tanto se inscribe dentro de una política explícitamente neoliberal, se aleja cada vez más, del planteamiento inicial de un SNS integrado y conducido bajo objetivos sociales. En su lugar, predominan las formas baratas de prestación de servicios o aquellas que suponen una mayor rentabilidad económica.

Así, la política de salud se disocia en dos vertientes: la primera, se podría resumir en las propuestas de eficiencia, racionalidad, calidad, equidad y derecho universal a la protección a la salud; como, en la intención de revertir la centralización, democratizar los servicios y remontar las desigualdades regionales. La segunda vertiente se manifiesta en las formas en que estas propuestas se concretan a través del financiamiento, la reorganización institucional y la capacidad de respuesta frente a los problemas de salud.

La recomposición del gasto, la descentralización autoritaria y sin apoyo técnico y financiero, provocan una fractura en los mecanismos de distribución de los recursos. El traslado de los costos de la atención a los usuarios y las tendencias privatizadoras, muestran un retraimiento selectivo del Estado en la cuestión sanitaria y el viraje neoliberal de la política de salud. Este modelo polarizado de política de salud, es regresivo y excluye a grandes grupos de población de servicios de salud de calidad.

Se transita de derechos sociales a igualdad de oportunidades; de universalidad a propuestas crecientemente selectivas; de solidaridad a individualización de costos; de integralidad a fragmentación y, de equidad social a equidad sectorial (en el mejor de los casos). Se pretende con esto liberar mercados cautivos, racionalizar los recursos, abaratar los costos, simplificar aun más la prestación

de servicios públicos y redefinir los espacios-población hacia los que se orienta este quehacer simplificado.

La responsabilidad social en la producción de la enfermedad y la muerte como procesos colectivos es sustituida por la responsabilidad individual y familiar. El compromiso de elevar los niveles de salud de la colectividad como responsabilidad de toda la sociedad y tarea de Estado, es sustituida por la visión pragmática de atender sólo a la población pobre, transfiriendo una parte importante de los costos a las unidades familiares; de reducir los AVAD (o AVISA) al menor costo posible y de rescatar para el mercado todos los servicios médico-sanitarios rentables. En esta dinámica, tanto el discurso de la transición en salud, como la medición de las necesidades de salud y su priorización a través de ejercicios de costo-efectividad, sirven de pretexto para apuntalar propuestas excluyentes en la atención, justifican las respuestas bipolares frente al fenómeno salud/enfermedad, mediante accesos diferenciales a las intervenciones en salud y contribuyen a la difusión de las concepciones hegemónicas acerca de la salud, la enfermedad y la muerte, en donde su modificación es, ante todo, un problema de eficiencia técnica y de racionalidad administrativa.

En la medida que estas propuestas de reorganización de las instituciones públicas de salud, se inscriben en la lógica neoliberal, se restringe en los hechos el papel del Estado como financiador y productor de servicios; así mismo y a partir de una activa promoción estatal, se coloca al mercado como el ordenador del sistema de salud. Un sistema de salud cada vez más lejano del principio de ciudadanía como condición suficiente para acceder a la atención a la salud.

Bibliografía

- Andersen, P. (1995) Balanco do neoliberalismo. En: Sader, E. y P. Gentili (coords.) *Posneoliberalismo. Las políticas sociais e o estado democrático*. San Pablo, Paz y Terra.
- Arredondo, A. y col. (2002) *El financiamiento a partir de la descentralización del sistema de salud en México*. México, INSP.
- Banco Mundial (1990) Informe sobre el desarrollo mundial 1990. En: *La Pobreza*. Washington, Banco Mundial.
- (1993) *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*. Washington, Banco Mundial.
- (2004) *Informe sobre el desarrollo mundial 2004. Servicios para los pobres*. Washington, Banco Mundial.
- Barba, C. (1997) Distribución del ingreso, crecimiento económico y democracia en México: alternativas de política social. En: Valencia, E. y Barba, C. (coords.). *Libro 5. La Política social. El Debate Nacional*. México, Diana, pp. 61-97.

- Belmartino, S. (1992) Políticas de salud: ¿Formulación de una teoría o construcción de un problema para investigar? En: Fleury, S. (org.), *Estado y políticas sociales en América Latina*. México, UAM/FIOCRUZ/ENSP, pp.121-168.
- Berman, P. (1982) Selective Primary Health Care: is Efficient Sufficient? *Social Science and Medicine* 16:1054-1094. Oxford.
- Blanco, J. y López, O. (1990a) De la transición epidemiológica a la epidemiología de la crisis. En: Centro de Estudios en Salud, *Política sanitaria mexicana en los ochenta*. México, Fin de Siglo Editores, pp. 35- 60.
- (1990b) Política de salud e impacto epidemiológico. *Salud-Problema* 20:19-28, México.
- y Rivera, J. A. (1994) La Carga Global de Morbilidad. La justificación científico-técnica de invertir en salud. En: Laurell, C. (coord.) *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México, Fundación Ebert/UAM-X, pp. 111-128.
- Calderón, J. (1988) Ruptura del colaboracionismo de clases. En: Gutiérrez, E., *Testimonios de la crisis. 2. La crisis del Estado del Bienestar*. México, Siglo XXI, pp. 85-128.
- Diario Oficial de la Federación*. México, 8 de marzo de 1984
- Escobar, S. y Ulloa, O. (1996) El nuevo sistema de pensiones y su impacto en la economía: prefiguración de algunas tendencias. En: Mussot, L. (1996) *Alternativas de Reforma de la Seguridad Social*. México, UAM/FES, pp. 117-152.
- Funsalud (1994) *Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe Final*. México, Funsalud.
- Gish, O. (1982) Selective Primary Health Care: Old Wine in New Bottles. *Social Science and Medicine*, 16:1054- 1094, Oxford.
- IMSS-Solidaridad (1990) *Boletín Informativo* Vol. 8, N° 1, México.
- IMSS-Coplamar (1979) Convenio para el establecimiento de servicios de salud en el medio rural. México, Palacio Nacional.
- Kumate, J. (1989) *Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud*. Trabajo presentado en la Reunión del Gabinete de Bienestar Social del 5 de enero. México.
- Laurell, C. (1992) La política social en el proyecto neoliberal. Necesidades económicas y realidades sociopolíticas. *Cuadernos Médico-Sociales*, 60:3-18, Rosario.
- (1995) Para pensar una política social alternativa. En: Vilas, C. (coord.) *Estado y políticas sociales después del ajuste. Debates y alternativas*. México, UNAM/Nueva Sociedad, pp. 177-202.
- (1996) *No hay pierde: todos pierden. La reforma a la ley del IMSS*. México, Instituto de la Revolución Democrática.
- (1997) *La reforma contra la salud y la seguridad social*. México, Era/Fundación Ebert.
- (2001) *Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social. Cómo garantizar y ampliar tus conquistas históricas*. México, Planeta (Colección Temas de hoy).

- y López, O. (1996) Market Commodities and Poverty Relief. The World Bank Proposal for Health. *International Journal of Health Services* 26(1):1-18, New York.
- López, O. (1992a) Desmantelamiento o modernización de la política social. En: Fleury, S. (org.) *Estado y políticas sociales en América Latina*. México, UAM/FIOCRUZ/ENSP, pp. 335-356.
- (1992b) **La política de salud en México ¿Un ejemplo de liberalismo social? En: Laurell, C. (org.), *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*. México, Fundación Ebert/UAM-X., pp. 165-183.**
- (1994) La selectividad en la política de salud. En: Laurell, C. (coord.) *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México, Fundación Ebert/UAM-X, pp. 33-60.
- (1995) De la solidaridad social a la neobeneficencia sanitaria, un riesgo camino para el IMSS- Solidaridad. *Memorias del Foro Beneficios, Costos y Financiamiento de la Seguridad Social*. México Palacio Legislativo, pp. 88-93.
- (1996) La estrategia descentralizadora en una política social incluyente. En: Laurell, C. (coord.) *Hacia una política social alternativa*. México, Instituto de Estudios de la Revolución Democrática/Fundación Ebert, pp. 129-140.
- y Blanco, J. (1993) *La modernización neoliberal en salud*. México en los ochenta. México, UAM-X.
- y Blanco, J. (1996) Las necesidades de salud y las propuestas de solución. Notas para el debate. En: Hernández, H. y García, C. (coord.) *Mortalidad, salud y discurso demográfico*. México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias /UNAM, pp. 79-97.
- y Blanco, J. (1997) Los retos en salud para el fin de siglo. En: Gutiérrez, E. (coord.), *El Debate Nacional: Libro 5. La política social*. México, Diana, pp. 183-206.
- y Blanco, J. (2001) **La polarización de la política de salud en México. En: *Cuadernos de Saúde Pública* 17(1):43-54, Río de Janeiro.**
- y Blanco, J. (2005) Salud y “nuevas políticas sociales”. En: Peña, F. y Ramos, R. M. (coord.). *Cambio social: Salud, Antropología e Historia*. México, ENAH, en prensa.
- Lozano, R. y col. (1994) *El peso de la enfermedad en México: un doble reto*. Serie Economía y Salud: Documentos para el Análisis y la Convergencia (3). México, Funsalud.
- Mussot, M. L. (coord.) (1996) *Alternativas de Reforma de la Seguridad Social*, México, UAM/FES.
- Murray, Ch. y López, A. (ed.) (1996) *The Global Burden of Disease*, Cambridge, WHO.
- Navarro, V. (1999) The Political Economy of the Welfare State in Developed Capitalist Countries, *International Journal of Public Health Services* 29(1):1-50, Baywood Publishing, EE.UU.

- Organización Mundial de la Salud (1978) Declaración de Alma Ata. *Reporte de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud*. Ginebra, OMS.
- Oszlak, O. y col. (1990), Descentralización de los sistemas de salud. El Estado y la salud. En: Paganini, J. M. y Capote, R. (ed.). *Los sistemas locales de salud. Conceptos, Métodos, Experiencias*. Publicación Científica 519:59-81, Washington, OPS.
- Poder Ejecutivo Federal (1984) *Plan Nacional de Desarrollo 1984-1988*. México, Poder Ejecutivo Federal.
- Poder Ejecutivo Federal (1990) *Plan Nacional de Desarrollo 1990-1994*. México, Poder Ejecutivo Federal.
- Soberón, G. y col. (1983) *Hacia un sistema nacional de salud*. México, UNAM, Facultad de Medicina.
- Kumate, J. y Laguna, J. (comps.) (1988) *La salud en México. Testimonios 1988. El cambio estructural*, Tomo I. México, Fondo de Cultura Económica/SSA,.
- Soria, V. y Farfán, G. (1990) El deterioro del bienestar social en México. En: Gutiérrez, E. (coord.), *Testimonios de la crisis. 4. Los saldos del sexenio 1982-1988*. México, Siglo XXI, pp. 139-177.
- Soto, E.; Carrillo, M. A. y Revueltas, A. (coord.) (1995) *Globalización, economía y proyecto neoliberal*. Col. Ensayos. México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco,.
- SSA (1983) Las reformas jurídicas para el SNS. *Cuadernos de la SSA* N° 1, México.
- (1984) *Programa Nacional de Salud 1984-88*. México, Poder Ejecutivo Federal.
- (1990) *Programa Nacional de Salud 1990-1994*. México, Poder Ejecutivo Federal.
- (1995) *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Anexo B: Paquete básico de servicios de salud*. México, Poder Ejecutivo Federal.
- (1998) *Hacia la federalización de la salud en México*. México, Consejo Nacional de Salud.
- (2001) *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México, Poder Ejecutivo Federal.
- (2004) *Financiamiento justo y protección social universal: La reforma estructural del sistema de salud en México*. México, Poder Ejecutivo Federal.
- Suárez, F. (1989) Políticas gubernamentales de privatización y desregulación. *Argumentos* 8:21-30, México.
- Unger, P. y Killingsworth, J. (1986) Selective Primary Health Care: a Critical Review of Methods and Results, *Social Science and Medicine*, 22(10):1001-1013, Oxford.
- Valencia, E. y Barba, C. (1997) Introducción. En: Valencia, E. y Barba, C. (coord.), *El debate nacional, Libro 5. La política social*. México, Diana, pp. 11-31.

Valenzuela, J. (1990) *Crítica del modelo neoliberal*. México, UNAM.

Villarreal, R. (1984), *La Contarrevolución Monetarista. Teoría, Política Económica e Ideología del Neoliberalismo*. México, Océano.

Walsh, J. y Warren, K. (1979) Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries, *New England Journal of Medicine* 301:967-974, Boston.