LECTURA
DEL PROGRAMA
NACIONAL
DE SALUD 2001-2006
EN MÉXICO

Carolina Tetelboin y Arturo Granados

Con el propósito de valorar los cambios en el régimen de política sanitaria, se presentan los resultados de un análisis de las principales estrategias y líneas de acción del Programa Nacional de Salud 2001-2006 en México. Partiendo de la premisa de que la salud es una necesidad básica cuya definición debe ser generadora de toda política pública, el abordaje realizado confronta los planteamientos generales del texto con los principios fundamentales que sustentaron el régimen de bienestar social. El análisis por argumentación permite identificar el grado de coherencia interna y externa del texto y arroja información acerca de los objetivos no explícitos; mediante este instrumento se comparan las propuestas más distintivas del gobierno actual con las medidas que venían implantándose en las últimas décadas; se valora la distancia que el actual régimen tiene en materia de planificación en salud respecto de los anteriores y se ponde-rará el fenómeno de la alternancia electoral con la existencia o no de su correlato en política de salud. En sus resultados se encontró que hay elementos que revelan que más que cambios de sentido o nuevas políticas, el discurso se afirma en la continuidad, profundización y aceleración de medidas definidas por los gobiernos anteriores.

READING OF THE MEXICAN NATIONAL HEALTH PROGRAM 2001-2006

On purpose to value the variation of the regimen of the sanitary politic, the analysis results are presented of the main strategies and action guidelines of the National Health Program 2001-2006, in Mexico. Going from the statement that health is a basic need, whick definition must be generative of any public politic; the on board once is done confronts the general establishments of the text with the fundamental principles that supported the regimen of social welfare. The analysis by argumentation alouds to identify the internal and external coherency of the text and throw information regarding the non mentioned objectives; through this instrument the most distinguished of the current governement with the measurements that have been implanted in the last decades; it’s valued

* Profesores-investigadores de la Maestría en Medicina Social, Departamento de Atención a la Salud, UAM-Xochimilco.

Argumentos 45, agosto de 2003
the distance that the current regimen has in health planification issue regarding the previous, and the fact of electoral alternancy with the existence / or not of its correlated en health policy. In the results was found that there are elements that relates that more than changes of sense or new politics, the discourse is affirmed by continuity, profundization and the acceleration of defined measurement by past governments.

**LECTURE DU PROGRAMME NATIONALE DE SANTÉ 2001-2006 DU MEXIQUE**

Dans le but de mettre en valeur les changements du régime de politique sanitaire, sont présentés les résultats d'une analyse des principales stratégies ainsi que les lignes d'action du Programme Nationale de Santé 2001-2006 au Mexique. En partant du précédent que la santé est un besoin de base dont la définition doit être génératrice de toute politique publique, son approche confronte les propositions générales du texte et les principes fondamentaux qui ont soutenu le régime de bien-être social. L'analyse en elle-même permet d'identifier le degré de cohérence interne et externe du texte et met en évidence l'information à propos des objectifs non explicites. À partir de cet instrument, les propositions plus distinctes du gouvernement actuel sont comparées avec les mesures qui venaient s'implanter ces dernières décennies; la distance que l'actuel régime a en matière de planification de santé est valorisée par rapport aux précédents et, le phénomène de l'alternance électorale est pondéré avec l'existence ou non de sa corrélation en politique de santé. Dans ces résultats, il est montré qu'il existe des éléments révélant que le discours s'encre dans la continuité, l'approfondissement et l'accélération de mesures définies par les gouvernements précédents plus que de changements de sens or de nouvelles politiques.

### Introducción

Desde varias décadas en las que el gobierno mexicano estuvo encabezado por un mismo partido, a la luz de los avances en participación electoral, en el año 2000 arriba al Poder Ejecutivo Federal (PEF) el candidato del Partido Acción Nacional (PAN), Vicente Fox Quesada. Desde los sectores políticos y sociales que lo apoyaron, se difundió la noción de que la alternancia política se asociaba directamente con la idea de importantes cambios respecto del pasado. A fin de contribuir a valorar tales cambios y su sentido en el terreno de la propuesta de política social y de salud, y más allá del impacto en las condiciones de salud de los mexicanos, el presente trabajo tiene el propósito de valorar las propuestas contenidas en los documentos de gobierno. En este caso, se analizan las principales estrategias y líneas de acción del Programa Nacional de Salud 2001-2006 en México.

Partiendo de la premisa de que la salud es una necesidad básica cuya definición debe ser generadora de toda política pública, el abordaje que se realizó se basa en la confrontación de los planteamientos generales del texto con los principios fundamentales que sustentaron el régimen de bienestar social. El análisis por argumentación, en tanto técnica de lectura del discurso, permite identificar el grado de coherencia interna y externa del texto y arroja información acerca de los objetivos no explícitos. Mediante este instrumento se comparan las propuestas más distintivas del gobierno actual con las medidas que venían implantándose en las últimas décadas, se valora la distancia que el actual régimen tiene en materia de planificación en salud respecto de los anteriores y se pondera el fenómeno de la alternancia electoral y su correlato en política de salud.

El contexto de los cambios gubernamentales ocurre en un marco donde parece consolidarse el modelo de desarrollo al que se ha denominado neoliberal, hecho que sin duda ha redefinido los espacios y los principios generadores de la política social; por ello resulta indispensable profundizar en el conocimiento de las tendencias actuales enunciadas o de la intención gubernamental en la idea de aproximarse a los posibles efectos en las condiciones en que la población accede a los servicios de salud.
El tipo de lectura que sobre el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS) se realiza, tiene por objeto hacer evidentes los aspectos centrales del discurso vertidos en esta propuesta. Lo anterior se realizó mediante un análisis en dos vertientes: la primera de coherencia interna, entendida a partir de la identificación de las necesidades de fondo que motivan el mencionado documento; la segunda, de coherencia externa, en la que se busca identificar las necesidades a las que debe responder como demanda social.

Antecedentes.
Las determinantes del Sistema Nacional de Salud

Toda política pública representa un espacio virtual en el que tienen lugar las distintas concepciones acerca de las necesidades de las personas, su definición y la instrumentación de las medidas tendentes para satisfacerlas (Tetelboim, 1997). En ese sentido, para el análisis de las transformaciones recientes se debe ir más allá de la estructura misma del sistema de salud, y resulta indispensable analizar los aspectos histórico-sociales que sustentaron tales políticas y sus modalidades específicas de financiamiento y prestación de servicios.

Inicialmente, la intervención del Estado mexicano en salud se caracterizó por ser prácticamente de "beneficencia". Con la creación de la Secretaría de Salud y Asistencia Pública (Saas) en el gobierno de Lázaro Cárdenas se inicia una transformación radical. Durante las décadas posteriores, México siguió la tendencia mundial de incrementar la participación estatal en la materia y la producción de servicios médicos gubernamentales articulándose de esta manera la organización del sistema de salud con el modelo de desarrollo nacional y con la gestión estatal de la fuerza de trabajo. De este modo, la medicina estatal se conformó como modalidad hegemónica entre 1935 y 1945 y la estructura de los servicios médicos llegó a coincidir con la estructura de los sectores de la producción (Hernández, 1982).

La Saas dirigió sus servicios principalmente al proletariado urbano en situación de subempleo o desempleo, asignándole a la política sanitaria no sólo la función de otorgar servicios médicos a los "individuos socialmente débiles" sino hacer de ellos "factores útiles a la colectividad" (Álvarez, 1960). En 1943 se promulga la ley del seguro social, con el objetivo fundamental de mantener y recuperar la fuerza de trabajo industrial y crear fondos financieros que sirvieran para incrementar la infraestructura sanitaria y extender la cobertura. Con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se inició un proceso selectivo de protección ya que estaba destinado a ciertas fracciones del proletariado urbano industrial.

Por otra parte, el apoyo estatal propició la generación de institutos de investigación y servicios médicos especializados que además de recibir el respaldo legal y financiero, gozaron de amplia autonomía. Entre las condiciones que favorecieron la creación de estos institutos se encuentran los requerimientos del Estado por ofrecer servicios especializados a la población sin seguridad social, la presión de grupos de interés y poder en el gremio médico, instituciones filantrópicas y círculos médico-políticos; algunos de estos institutos se convirtieron prácticamente en proyectos personales; de esta manera entre 1942 y 1951 se crearon el Instituto Nacional de Cardiología, el Hospital Infantil de México, los actuales institutos Nacional de la Nutrición y el Nacional de Enfermedades Respiratorias, además se sentaron las bases legales para la creación del Instituto de Cancerología (Álvarez, 1960) y posteriormente se agregaron el de Psiquiatría y el de Neurología y Neurocirugía.
Las instituciones estatales de salud han desempeñado un papel importante en la satisfacción de necesidades básicas pero además de la vinculación en torno al cuidado de la fuerza de trabajo, contribuyeron históricamente a disminuir el riesgo del conflicto social. No obstante que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) tiene sus antecedentes en la Dirección de Pensiones Civiles, es después de la huelga del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación que se expide el decreto que ordena su transformación en el instituto que ahora conocemos (Hernández, 1982). Es posible interpretar que la política social se perfiló como el elemento que propició la generación de la base material sobre la que el Estado mexicano se procuró el consenso necesario para fortalecer su legitimidad, contribuyó a la reproducción del modelo de acumulación de capital que generó una importante planta productiva en el marco de la sustitución de importaciones y al mejoramiento relativo y gradual de las condiciones de vida y salud de la población.

A inicios de los setenta, se agudiza la crisis del sector agrícola incrementándose las demandas de atención médica por parte de la población rural. Al mismo tiempo, el Estado se encuentra incapacitado para incrementar la cobertura de la seguridad social en el régimen ordinario y crea el Programa de Solidaridad Social como una instancia para integrar a nuevos grupos de la población al aseguramiento. Aunque este programa define a sus beneficiarios por exclusión (los que quedan fuera de los sistemas de seguridad social y no cuentan con unidades médicas de la Ssa), y a pesar de que en diversos casos se dio una sobreposición entre las coberturas del seguro social y la asistencia pública, es indispensable señalar que la designación específica de la población susceptible de estos servicios fue una atribución exclusiva del PEF mientras que la administración del Programa se le asignó al IMSS. Entre 1978 y 1979 se determinó que las unidades médicas del Plan de Solidaridad Social se sumarían a la infraestructura de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), tiempo después el programa cambia de denominación a Programa IMSS-Solidaridad (Hernández, 1982). Cabe resaltar que en el marco de sus objetivos, la extensión de derechos planteada por Coplamar, ha sido uno de los programas de mayor envergadura social creados por el Estado mexicano, como lo fue en su momento también la Compañía Nacional de Subsistencias Populares, Conasupo, contribuyendo la primera a extender la cobertura de salud y las condiciones alimentarias de la población, la segunda.

En el conjunto de instituciones se encuentran otras que destacan como los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (Pemex) y los otorgados a los trabajadores de la Defensa Nacional, así como el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF); también existen algunos sistemas estatales de seguridad social; hasta el momento podemos decir que la mayoría de los sistemas de seguridad social del país, mantienen, a excepción del IMSS, el mismo carácter con el que fueron creados, aunque existe el riesgo que puedan seguir el camino de privatización de las pensiones sufrido por el IMSS a partir de 1997. Es de mencionar que a partir de los datos que entrega la propia institución a 2004, la separación de las pensiones no habría contribuido a resolver un mejor financiamiento para la salud.

Por otro lado, el sistema público y de seguridad social coexiste con un subsector privado diverso y complejo, que en los últimos años se ha modernizado a partir de la creación de
ciertas estrategias como el importante crecimiento de seguros médicos privados estimulado por las políticas de los dos gobiernos anteriores, de grandes consecuencias para el comportamiento de los usuarios y las instituciones de seguridad social. Cabe destacar que durante el proceso de elaboración del presente documento, se discute oficialmente la creación de un seguro popular y la separación de funciones del ISSSTE.

Hasta aquí hemos querido resaltar el proceso histórico y las determinaciones que originaron la composición actual del sistema de salud. El resultado es la conformación de un sistema fragmentado que se corresponda con la estructura social y a los énfasis de la importancia de los sujetos sociales según las características del modelo de desarrollo, hecho que se refleja en las respectivas coberturas y peso económico de las instituciones: IMSS para los trabajadores de la iniciativa privada, ISSSTE para la burocracia, SSA e IMSS-Solidaridad para la población no incorporada al trabajo asalariado y servicios de elite para grupos políticamente privilegiados. Sin embargo, también podemos añadir que la regulación y producción estatal de servicios médicos y finalmente la característica que han asumido los servicios de salud ha tenido que ver con las dinámicas del ejercicio del poder del Estado para la obtención del consenso y la legitimación y sus objetivos de reproducción económica con sus gobernados, y por otro lado, la exigencia de los subordinados por lograr rescatar niveles de la riqueza social a partir de las demandas y las luchas sociales.

En síntesis, podría decirse que la base sobre la que se desarrolló la política social mexicana fue su compromiso con el fomento del empleo ya que el eje articulador de las distintas políticas sociales fue el trabajo. Mediante la gradual incorporación de la fuerza laboral al empleo formal, se buscó extender la cobertura de los beneficios sociales. Los principios que guían la formulación de la política de salud y seguridad social fueron la universalidad, la equidad, la solidaridad social y la responsabilidad estatal con el bienestar social. En cuanto a la primera, la universalidad, ésta se refiere a que todo individuo tiene derecho a los servicios médicos que su necesidad le imponga. Este principio se relaciona con el de equidad debido a que no sólo se trata de que todos los ciudadanos deben tener acceso a la atención médica sino que todos ellos tienen derecho a todos los servicios sean de medicina general o especializados; el postulado en que opera este principio es que a necesidad igual, servicio igual, y procede de una concepción colectiva tanto de la producción del riesgo ante la enfermedad y la muerte como de su atención.

Cuando se habla de solidaridad social se tiende a considerarla exclusiva de los sistemas de seguridad social y es que en este aspecto es más comprensible porque se constituyen fondos públicos con base en un porcentaje del salario con el que se desarrolla la infraestructura de los servicios médicos y se cubren otros riesgos como el de maternidad, vejez, invalidez, cesantía y muerte, los trabajadores retirados reciben de estos fondos el pago de una pensión, en tanto que los activos aportan al fondo para tener derecho a una pensión en su retiro; hablamos aquí de una solidaridad intergeneracional, pero en virtud de que las aportaciones se realizan con un porcentaje fijo del salario y de que el acceso a los servicios médicos se establece por la necesidad y no por el ingreso, hay una solidaridad sectorial entre los grupos de mayor ingreso con los de menor ingreso.

La solidaridad sectorial opera no sólo en la seguridad social. El Estado, mediante la recaudación fiscal obtiene recursos de quienes por su consumo y por ende, sus ingresos, están en mejores condiciones económicas y de salud, y redistribuye esos recursos, mediante asignaciones presupuestales, a los servicios médicos para la población que no ha podido ser abarcada por el empleo. En ese marco, el Estado fue además de regulador, prestador de servicios y si bien es cierto que en el caso de México no podemos hablar de un régimen de bienestar, fue éste el que inspiró la estructuración del sistema sanitario mexicano y con el que se obtuvieron importantes logros en materia de bienestar social. Es fundamental recordar esto porque en la actualidad se alude a la heterogeneidad del sistema como un obstáculo para la universalidad e incluso como un indicador de inequidad (Frenk, 1997; PEF, 1995:11; PEF, 2001).
En el 2000 tiene lugar en el PEF un cambio que supone dejar atrás varias décadas de un régimen de Partido de Estado. El que otro partido se ubicara en la presidencia de la República tuvo distintas interpretaciones, pero se dice, reflejó el límite que la sociedad impuso al antiguo régimen que transitaba entre el autoritarismo y el populismo, rasgos que se reflejaron en corrupción, centralismo, burocratización y políticas sociales de carácter asistencial, vertical y corporativistas; no obstante hay que recordar la enorme crisis económica que venía arrastrando la administración pública desde los ochenta y el riesgo inminente del conflicto armado en el sureste en 1994; estos también son hechos que explican el cambio electoral. El denominado arriba a la democracia suponía (y así se enarbolaba en el discurso oficial), la transformación de la política pública en beneficio de la población, el documento que nos permite conocer hasta dónde se refleja este postulado en materia de política sanitaria es el PNS que analizaremos a continuación.

Los resultados.
Objetivos y estrategias del Plan Nacional de Salud

El diagnóstico sobre el que se diseñó el PNS en el presente sexenio se realizó en términos de "retos" del sistema sanitario: "equidad, calidad y protección financiera" (PEF, 2001); para el primero se argumentaba una desigualdad regional en las condiciones de enfermedad y muerte, se alude a amplias diferencias en la esperanza de vida al nacer. Respecto del segundo, es descrito como la intención de "respetar la autonomía de la gente, para que pueda participar en la toma de decisiones sobre su propia salud", noción ambigua que parece conectar dos necesidades; por un lado, la pretendida autonomía puede estar vinculada con un objetivo no expresado que se relaciona con la libre elección; por otro, la toma de decisiones resulta una propuesta que se ve reducida a la responsabilización individual de los daños a la salud, omitiendo de manera implícita la responsabilidad pública de dar respuesta a las condiciones de desigualdad que prevalecen en la base del origen de la enfermedad. En relación con el tercer reto se menciona que los servicios médicos "lejos de ser un instrumento para superar la pobreza, se vuelven en sí mismos una causa de empobrecimiento para las familias" ya que, "más de la mitad del gasto en salud lo pagan las familias de su bolsillo en el momento mismo de usar los servicios" (PEF, 2001). Desde luego, esta argumentación no incorpora a la discusión que tal situación —de comprobarse efectivamente— no se relaciona con los problemas originados por la reducción de la participación estatal en salud, entendiéndose entonces que tal argumento busca más bien justificar la implementación del prepago como la nueva modalidad para el acceso a los servicios (Reforma, 22/01/2001).

Tomados como punto de partida, estos "retos" constituyen los principios políticos sobre los que se plantean los objetivos del programa, respecto de los cuales el documento se propone:

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

Vistos así, ningún objetivo parece cuestionable, aunque llama la atención el orden de procedencia de los mismos y se suscitan algunas preguntas: ¿por qué el objetivo uno de mejorar las condiciones de salud no lleva implícita la condición de disminuir las desigualdades...

1 Tal afirmación se basa en una línea de investigación desarrollada en los últimos años, cuyo valor eurístico es discutible en la medida que este tipo de estudios descansa en una búsqueda expresa de estos casos, que no desmienten los comportamientos generales.
planteadas en el segundo?, ¿por qué aparece en el objetivo tres garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud como si ello fuera posible sin el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, en particular de sus instituciones públicas, que es la condición para garantizar aquello que se plantea en el objetivo número cinco? Finalmente, parece más importante garantizar la justicia del financiamiento por sobre el tema del financiamiento mismo, es decir no se trata de reestablecer éste para garantizar aquél.

De estos objetivos se derivan cinco estrategias sustantivas y otras cinco instrumentales. Empezaremos mencionando las primeras:

1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social
2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres
3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades
4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud
5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población

Una revisión de las estrategias sustantivas del PNS vinculadas a los “objetivos básicos del sistema”, arroja algunas luces para comprender el proyecto general de política de salud que se impulsa, por momentos poco evidente.

La primera estrategia requeriría relacionarse más directamente con el objetivo del financiamiento de la salud, aunque no en los términos en que se expresa el mismo “de asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud”. De manera general, se puede comentar que esta estrategia en su presentación de motivos no es novedosa como se pretende, en la medida que los esfuerzos en materia de salud históricamente han planteado una vinculación entre desarrollo económico y social. Lo novedoso es el tipo de vinculación que aquí se privilegia y que rompe con tratamientos previos.

En el pasado esta relación se materializó por medio de las instituciones de seguridad social, especialmente el IMSS, abocadas a la protección, cuidado y control de la salud de la fuerza de trabajo, hecho que contribuyó al aumento de la productividad de los servicios y de la industria privada; lo propio hicieron otros sistemas que imparten seguridad social como Petróleos Mexicanos (Pemex) y el ISSSTE. Por su parte la Ssa contribuyó a mantener los índices de salud del segmento poblacional no incorporado a la seguridad social. Adicionalmente se ha descrito un nexo importante entre desarrollo económico y social con la intervención del Estado en salud –via la seguridad social, la salubridad y la asistencia– por su contribución a la estabilidad política. Finalmente, este nexo histórico permitió la generación de una industria abastecedora de las mencionadas instituciones quienes además fueron importantes empleadoras.

Contrario a lo anterior, el PNS plantea nuevos énfasis, resalta la influencia del ámbito económico y relativiza la responsabilidad del sistema de salud. Según esta consideración, las políticas de salud deben complementarse con “políticas saludables” generadas en otros sectores. Esta noción se deriva de una apreciación teórica en que, siendo correcta, sólo puede ser evaluada en su consideración práctica. Sólo en la medida en que los servicios médicos respondan plenamente a las necesidades de salud, que obedezcan a la definición de políticas orientadas a una oferta universal e integral, puede considerarse que cumplen los requisitos básicos exigidos a este sector particular.
las condiciones de cumplimiento de los demás sectores. Aunque se reconoce que “la inversión en salud incrementa el capital humano y contribuye con ello al desarrollo”, el PNS no explicita ninguna idea adicional para entender en qué consiste tal inversión.

De los propósitos generales que se persiguen destacamos aquél que propone la promoción de actividades multisectoriales. Las líneas de acción que se desprenden de esta estrategia se refieren principalmente a las contribuciones desde los otros sectores. Una primera es “fortalecer la acción comunitaria a favor de la salud” (PEF, 2001:83), lo cual se planea realizar por medio de la promoción de la salud entendida como recurso en la “toma de conciencia” sobre la salud, estrategia que se deriva de la noción teórica de los “estilos de vida saludable” que suponen el mejoramiento de las condiciones de salud mediante la modificación de hábitos personales, ignorando las condiciones materiales de vida y reductando el problema de la desigualdad sanitaria a una cuestión de voluntades. Instrumentada así, la promoción de la salud es un instrumento que posibilita el traspaso de la anterior responsabilidad colectiva ante la salud hacia los individuos e implica el riesgo de resultar medio para el control social. Esta estrategia contribuiría en tal caso, a otorgar sentido ideológico a la nueva relación entre el desarrollo económico y social.

Lo anterior se articula y refuerza con la segunda línea de acción: “Promover la educación saludable”, en la que se compromete al sector educativo a partir del programa de Educación Saludable, en la difusión de contenidos evidentemente provenientes de la noción teórica de los estilos de vida en virtud de que enfatiza el autocuidado de la salud y la prevención de “conductas de riesgo”; recomendaciones que no siendo indeseadas, son totalmente insuficientes para transformar las condiciones de salud colectivas. En ese sentido, se hace referencia a la educación y a la escuela como los espacios para proporcionar a los niños y jóvenes los “conocimientos y habilidades necesarios para la promoción y el cuidado de su salud, la de su familia y la de su comunidad” (PEF, 2001:84) en el marco de los “espacios saludables”.

Dado que el mejoramiento de las condiciones de salud requiere no solamente de la simple voluntad de los individuos, sino del fortalecimiento de una respuesta sanitaria colectiva e institucionalizada, la línea anterior fortalece la individualización y no el sistema nacional planteando en los hechos una reformulación de la relación público-privado en salud. La tercera línea de acción “Promover la perspectiva de género en el sector salud” se realiza por medio del programa Mujer y Salud, Promea, “para dar respuesta a las necesidades de la mujer como usuaria de los servicios de salud y prestadora de éstos en el ámbito institucional, comunitario y del hogar, que no tiene funciones operativas sino incidir en los abordajes sobre los problemas específicos de la salud de la mujer, en todos los ámbitos: planeación y asignación presupuestal hasta la prestación de servicios, la seguridad social, la enseñanza, la Informática y la investigación. Entre los objetivos de este programa está crear conciencia de las necesidades especiales de salud de las mujeres y fortalecer la protección financiera en salud de las mujeres; pero tales objetivos entran en contradicción cuando se busca resaltar el papel tradicional de la mujer en la atención a los enfermos y que lejos de conseguir con ello relaciones de género más equitativas, impone a las mujeres más responsabilidades y cargas,” reforzando al mismo tiempo la división sexual del trabajo y manteniendo la exclusividad laboral doméstica en las mujeres.

La cuarta línea de acción se refiere a “impulsar políticas fiscales saludables”, y se busca incidir en la ampliación de la base contributiva destinada a la salud. En términos discursivos, la necesidad anterior ha sido utilizada como argumento para justificar medidas que en el ámbito

2 Se explicitan como tales: consumo de tabaco, de bebidas alcohólicas, al “abuso” de sustancias adictivas y las relaciones sexuales sin protección y otros riesgos biológicos, físicos y químicos del ambiente general y ocupacional.

3 Fundamentalmente la prevención de enfermedades, la identificación de signos de alarma, la toma de decisiones en la primera atención y ciertos procedimientos realizables en la unidad doméstica. Con junto de actividades con las cuales se asigna a las mujeres la función de “cuidadoras de salud de la familia” y “promotoras de salud de la comunidad”.


de la recaudación implican mayores impuestos al consumo de productos antes exentos, haciendo "deseables" tales medidas. Por otra parte, se busca implantar el prepago para la atención a la salud cambiando la lógica contributiva para que se estimule la "inversión en prevención y salud pública" (PEF, 2001:85) más que el consumo de servicios médicos. Desde luego aquí se está pensando en la población de recursos medios y altos; también propone incrementar el capital humano en salud para mejorar los ingresos familiares y con ello contribuir al desarrollo social, aun cuando las estadísticas más recientes habían de una tendencia en sentido inverso que seguramente estas políticas en el pasado y presente no han pasado de ser enunciativas pero de ninguna manera son capaces de incidir en las condiciones de las familias. De ahí que se pretenda ilusoriamente que éstas contribuyan al fisco y la seguridad social, aunque ésta se comprende cada vez más en términos de contribución individual y retribución al mismo grado. La tendencia más bien pareciera ser que la relación entre los tres primeros objetivos, sólo es viable el iii en su segundo enunciado, es decir, de la mayor contribución de las personas, independientemente de que se cumpla la primera premisa y desde luego, cobra toda coherencia el último objetivo de esta línea de acción, que es "alinear el financiamiento de la salud con la recaudación fiscal", promoviendo la formalización de la economía.4

En el objetivo general número cuatro se destaca el "gasto de bolsillo", un concepto central en el PNS, se refiere directamente a la población con carga fiscal, que es aquella de ingresos medios y altos, dejando de lado su pertinencia para la población de ingresos bajos que no declara, a los que sin embargo se atribuye en gran parte del discurso como los afectados (aun cuando la afectación puede ser real). También se establece la premisa discutible de que "el prepago promueve una utilización más racional de los servicios de salud... porque opera bajo sistemas de control de costos que favorecen la atención preventiva sobre la curativa y la atención ambulatoria sobre la hospitalaria" (PEF, 2001:86). Tal afirmación no se acompaña de ningún dato empírico que la respalde por lo que pareciera más un recurso argumental.

La segunda acción concreta se refiere a destinar el gravamen adicional al tabaco o posteriormente al alcohol, directamente a la prevención y al tratamiento de las enfermedades que genera. En efecto, en este caso el sector salud reclama justamente una retribución más directa que aporte a los altos costos de intervención asociados que debe soportar. En ese sentido, mientras la primera reorganiza las cargas fiscales y acepta la contribución mayor de la población, la segunda rescatada un quantum que se destinaba fuera del sector salud.

La quinta línea de acción se refiere a "Fortalecer la salud ambiental", donde las actividades se orientan a la elaboración de diagnósticos en los que se compromete no sólo a la federación sino a los estados y sus jurisdicciones, pero la atribución anterior no se acompaña de su correlato en la asignación de suficientes recursos a las administraciones locales. En la defini-

4 Lo anterior a partir del prepago público de la salud y la seguridad social, esto aumenta la base contributiva con independencia de las características de crecimiento de la economía; y por el contrario, en vez de formalizarse ésta cada día es más informal, pero otorgando el rango de formal al sujeto que aporta aunque sus actividades sean informales.
ción de los propósitos de los diagnósticos no se tiene previsto una valoración del modelo de desarrollo que es en última instancia el generador del actual deterioro ambiental.

En relación con la línea de acción de "Mejorar la salud laboral", ésta se refiere a las acciones destinadas a mejorar las condiciones de salud de los ambientes de trabajo formal e informal mediante la prevención y la promoción de la salud, la atención integral de los accidentes laborales y modernización del marco legal en materia de trabajo, aquí aparece también una vinculación clara entre el desarrollo económico y social en términos de tiempo productivo perdido.5

De la estrategia número dos que plantea "reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres", se desprende una condición ineludible: la pobreza. Sin embargo su tratamiento se vincula a temas mediadores de las causas de fondo, como es la falta de educación, empleo y servicios de urbanización, eludiendo la vertiente estructural y el modelo de desarrollo que han contribuido a acrecentar la concentración del ingreso, destinando casi la mitad del ingreso nacional al 10 por ciento más rico de la población. En el caso de la salud, el PNS responde a un problema estructural con un tratamiento discriminatorio de la población en términos de su capacidad de pago, diseña programas en los que la diferenciación de pobres extremos respecto de los demás pobres articula el eje de las acciones concretas. Para ser sujeto de algún servicio público se requiere tener el "privilegio" de ser ahora estrictamente identificado como pobre.

La tercera estrategia de "enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades", es realista en términos de los objetivos de fondo interpretables de la política de salud, mas no se apega de manera directa, en rigor, a ninguno de los explicitados en el documento. Así, podría responder sólo colateralmente al primer objetivo de mejorar las condiciones de salud de los mexicanos en la medida que su intervención evita determinadas causas de mortalidad antes de tiempo, aquellas que tienen una alta prevalencia y cuyo tratamiento tiene un costo limitado, o al segundo objetivo de abatir las desigualdades en caso de que estas prioridades den oportunidad a sectores actualmente excluidos de esos hechos específicos priorizados, pero no de los demás; tampoco parecería contribuir al tercer objetivo de garantizar el trato adecuado. La estrategia se podría relacionar más claramente con el cuarto objetivo en la medida que se refiere a las modificaciones relativas al financiamiento expuesto en el mismo: "justicia en el financiamiento en materia de salud". El gasto en salud en México destina una proporción prácticamente igual entre el público y el social en relación con el gasto privado, lo que plantea una injusticia de origen que rompe la consistencia de este objetivo; esto se ratiﬁca con el quinto objetivo que se refiere al fortalecimiento del sistema de salud, que aunque establezca que "en particular sus instituciones públicas", se refiere también al espacio compartido entre aquellas y las privadas, es decir, se considera al conjunto de las instituciones con sus respectivos financiamientos, el financiamiento social a la salud.

Lo que se debe asegurar a partir de la deﬁnición explícita de prioridades es que a cada quien le toque "algo" del financiamiento actual de las instituciones públicas y de seguridad social, no del conjunto del financiamiento que ampara al sistema nacional de salud, que de hecho no garantiza cubrir las necesidades en salud sino tan sólo aquellas deﬁnidas como prioritarias. En tal sentido, el uso del Sistema Nacional de Salud es restringido sólo para efectos de organizador de la atención y del flujo del financiamiento, pero de ninguna manera para reembolsar un equilibrio en los recursos que componen al sistema, en cuyo caso sólo se consideran parcialmente los de seguridad social y de la Sea. ¿Prioritarianas según qué criterios y actores? ¿Con la anuencia de quién? ¿Es la población convenientemente informada la que define este cambio de políticas?

La estrategia número cuatro plantea "desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud", y contiene elementos más de la voluntad del programador que de su posibilidad real. Así, sin haber planteado previamente las características estructurales que adquirirá el sistema.

5 En México ocurre una defunción por accidentes laborales cada seis horas, y una invalidez laboral cada 30 minutos, o 26 mil ausencias diarias por acontecimientos laborales.
de salud después de los cambios, se ofrece sin embargo un compromiso por su calidad. Si se toma en cuenta que la calidad de los servicios de salud depende de determinados elementos básicos y suficientes como la capacitación del personal, su retribución económica, modalidades organizacionales adecuadas, suficiencia en los insumos (medicamentos por ejemplo) y de una infraestructura actualizada; todo esto depende primordialmente de los recursos financieros disponibles. De una corrección basada exclusivamente en los recursos públicos y de la seguridad social actuales o menores, no puede esperarse una reorganización viable de los mismos, ni siquiera a partir del establecimiento de un conjunto mínimo de prioridades.

La quinta estrategia es “brindar protección financiera en materia de salud a toda la población”. Su instrumentación pareciera responder al cuarto objetivo de asegurar la justicia en el financiamiento, pero como ya se comentó es inviable en la medida que parte de un techo financiero preestablecido. Con ello esta estrategia se relaciona con la de enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades. Es decir, se trata de garantizar un gasto mínimo per cápita para la población de menores ingresos y otorgar a cambio, un cuantum de servicios configurado por una selección de prioridades regionales y basada en términos de costo y beneficio.

En este contexto se inserta la propuesta de instrumentar el seguro popular cuya idea es una mezcla poco armónica entre concepciones de seguridad social y privadas. De las primeras, recoge desde luego el financiamiento básico, el que garantiza las prestaciones básicas; del segundo, recoge la idea de limitar las prestaciones en relación con un financiamiento mínimo per cápita, independientemente de la fuente de financiamiento.

Una lectura que articula de la sexta a la décima estrategia, nos permite inferir un principio general que enfatiza la restricción del gasto en salud. Se plantea una nueva modalidad en la asignación de recursos que según la estrategia número seis conformaría el “federalismo cooperativo”.

La importancia asignada a la priorización del gasto revela que se asume que éste será reducido, esta noción parece convertirse no sólo en el punto de partida sobre el que se formulan las estrategias de orden instrumental del PNS, sino además resulta el eje que las articula y les da orden. Se enfatiza que el gasto será distribuido, en el marco del “federalismo cooperativo”, mediante una nueva fórmula que supone modificaciones a la utilizada para la asignación de recursos a la población no asegurada.

A los nuevos parámetros para la asignación del presupuesto les han denominado “distribución equitativa”. En virtud de que no se clarifica con precisión a qué noción de equidad se hace referencia, es necesario identificarla mediante el análisis de los criterios que conforman la estrategia. Dado que se menciona que la nueva fórmula deberá incluir nuevas variables que la anterior no contemplaba (gasto de personal y operación) y que se basará en el desempeño de los servicios (medido en términos de eficiencia en el uso de los recursos), inferimos que no se contemplan mejoras al salario de los trabajadores de la salud, con lo cual la expansión de la cobertura de los servicios y el incremento de su productividad puede tener importantes costos para los trabajadores del sector (sobrecargas laborales). Hacer más con menos y destinar cada vez menos tiempo/usuario puede deteriorar la calidad de los servicios y su eficacia (entendida ésta como la capacidad resolutiva de una acción respecto de los problemas de salud-enfermedad, no sólo en términos económicos).

Otro aspecto que se relaciona con lo anterior es la infraestructura, podríamos suponer que toda intención de universalización de los servicios implicará una expansión de su infraestructura, toda vez que se reconoce que ésta fue un limitante fundamental para que el sistema no alcanzara mejores coberturas. Al respecto, el PNS, precisa que la asignación para infraestruc-
tura se hará tomando en cuenta la demanda, pero se precisa que este criterio queda sujeto a otros: “Estos criterios deberán ser consistentes con los criterios de equidad utilizados para la asignación de los recursos operativos” (PEF, 2001:121) de lo que podemos inferir que las asignaciones al respecto quedaran condicionadas básicamente al criterio de desempeño. Por otra parte se menciona que no se crearán nuevas unidades médicas, particularmente de “alta complejidad” a menos que se justifique plenamente su necesidad y se dice “la racionalidad en la aplicación de los recursos presupuestales no justifica la creación de unidades de este tipo cuando se anticipa una baja demanda” (PEF, 2001:126).

Para hacer operativa esta estrategia se plantean dos mecanismos: implementación de los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD) para la estimación de los costos y la definición de las peticiones presupuestales que tendrán que realizar los gobiernos locales, y la gestión por contrato. En ese sentido e integrando las líneas de acción, la renovación de la descentralización deja de ser un fin y se plantea como un medio para la implantación de las líneas previas. Lo anterior queda claro cuando se enumeran los asuntos que se consideran “pendientes” de la descentralización y en consecuencia los objetivos a los que se debe orientar su “culminación”: “Incorporación de elementos de equidad, rendición de cuentas y evaluación de la asignación presupuestal [...] finiquito de la cesión de bienes muebles e inmuebles” (léase infraestructura) y “descentralización de la nómina y el recurso de pago a trabajadores” (PEF, 2001:123).

Llama la atención que paralelamente a la descentralización de los servicios a “población abierta”, se propone para el IMSS un mecanismo distinto: la desconcentración, relacionando esto con uno de los objetivos de dicha consolidación: separar el financiamiento de la prestación de servicios (objetivo iv) (PEF, 2001:124). Al respecto debemos recordar que la seguridad social encuentra su eje constitutivo en el trabajo asalariado y que como consecuencia, el financiamiento de sus instituciones crea la base financiera que sustenta los servicios y depende: del salario en primera instancia, en segunda, de la declaración real de los empleadores y de la creación de empleos, y en tercera de la contribución federal. ¿Cuál es la intención de desarticulación este mecanismo o trasladarlo mecánicamente a otros sistemas? Quizá, uno de los posibles resultados sea la conversión en el mediano o largo plazo de las actuales instituciones de seguridad social en instituciones prestadoras de servicios (similares a la experiencia colombiana), toda vez que separar el vínculo financiamiento-prestación “libera” el requisito a los usuarios de pertenecer al mercado formal de trabajo para su acceso a los servicios abriendo así la posibilidad de establecer nuevas modalidades.

Lo anterior, se relaciona con el objetivo de ampliar la cobertura de la seguridad social cuando en realidad se trata de reconceptualizarle, dotándole de una característica que le saca del contexto de la seguridad social y de los laborales formal por un lado y de la prestación de servicios públicos como obligación del Estado, en tanto derecho, por otro. Se plantea la creación de una nueva modalidad de acceso al sistema: el seguro popular, del que se ha mencionado más de una vez que el IMSS será un proveedor. Ampliar la población asegurada y abrir los servicios de seguridad social a un número mayor de personas no es incorrecto en sí mismo, pero la propuesta revela que se asume la renuncia estatal a la promoción del empleo, así como su retiro gradual en la regulación de la fuerza de trabajo por medio de la política social.

Históricamente a la Ssa le correspondió la función de proveer de servicios de salud a la población que no era incorporada al trabajo asalariado y que como consecuencia no tenía acceso a la seguridad social (población que ha sido denominada “abierta”); al mismo tiempo, en tanto Secretaría, esta institución tenía funciones de rectoría sectorial. Lo que ha cambiado en realidad es la rectoría para qué y para quién y con qué objetivo. En la estrategia número siete se plantea una modificación sustancial, aludiendo al “fortalecimiento” de la función rectora se explicita lo que desde gobiernos anteriores venía siendo una intención implícita: “La función de rectoría ha evolucionado y hoy implica la separación de funciones y el abandono, por parte del Estado, de la prestación directa de servicios” (PEF, 2001:128).
Una línea estratégica que llama particularmente la atención es la referente a la racionización de medicamentos. Para este fin se establecen cinco criterios para la revisión del cuadro básico de medicamentos que suministran los servicios públicos, a saber: a) alta efectividad y bajo costo (criterio que coincide con la definición de servicios esenciales postulada por el Banco Mundial en 1993), b) medicamentos para padecimientos agudos de alta incidencia, c) medicamentos para padecimientos crónicos de alta prevalencia, d) que sean fundamentales para programas prioritarios de salud pública y e) que puedan ser comercializados preferentemente como genéricos intercambiables. Es decir, se identifica una tendencia a priorizar (se dice) sobre lo ya restringido de por sí. Sin embargo, no se hace un diagnóstico de la situación que ha llevado al desabastecimiento de los medicamentos que han empujado a las familias a aumentar los costos de su atención mediante el pago directo y los estudios se quedan en causas inmediatas sobre las que se difunde información y se legisla.

Como puede verse, la asignación de recursos tiene cada vez mayores condicionamientos. A la obligatoriedad de las cuentas nacionales y estatales se agrega la creación de mecanismos de evaluación del desempeño en los distintos ámbitos ya que a partir de éstos cada gobierno tendrá que gestionar sus recursos. El condicionamiento en la asignación de recursos no solamente se hará en relación con los distintos estratos de gobierno, sino que su gestión se realizará por contrato de acuerdo con los compromisos que asuma cada hospital, estableciéndose en función de coberturas y calidad, resalta que se habla de “los hospitales” sin diferenciar entre públicos y privados, es claro que se impondrá una competencia entre los prestadores de servicios en busca de recursos que se asumen escasos de inicio, en tanto que se trata de recursos delimitados no se esperarán mejoras sustanciales para la población en general, sino sólo a los usuarios de aquellos prestadores que hayan ganado las asignaciones más sustanciales, hecho que puede fomentar la polarización de la desigualdad ante los servicios, la salud y la enfermedad misma.

Aunque no se explicita, parece ser que las estrategias anteriores tienen como finalidad la constitución de las condiciones logísticas y estructurales sobre las que se montará lo que en la estrategia ocho se denomina Modelo Integrado de Atención a la Salud, que tiene sus antecedentes en las propuestas que han sido formuladas por el actual titular de la Ssa desde tiempo atrás (Frenk, 1997). De hecho, el PNS arguienta que las líneas de acción de esta estrategia se orientan a la reorganización de los espacios en que se realizan los servicios de salud y a la articulación de los mismos (PEF, 2001) lo cual indica que se busca la horizontalización del sistema sanitario. Llama la atención que entre las líneas estratégicas para esta reorganización se menciona la “incorporación” al sistema, así como el fomento, de las organizaciones no gubernamentales en materia de promoción de la salud lo cual nos habla también del “deslindes” del Estado mismo en el fomento de la salud; se plantea además la creación de servicios de

6 En dicha ocasión, el Banco Mundial recomendó a los gobiernos restringir las funciones estatales en salud bajo la formulación de servicios esenciales definidos por su costo, “los elementos de un conjunto de servicios clínicos esenciales de gran eficacia en función de los costos”. En materia de medicamentos se especifica: “Un conjunto mínimo de servicios clínicos esenciales incluiría algunos tratamientos de infecciones y traumas menores y, en casos de problemas de salud que no puedan resolverse completamente con los recursos disponibles (léase padecimientos crónicos), asesoramiento y alivio del dolor” (BM, 1993:10).

7 Recordemos que la conformación histórica del sistema de salud mexicano se caracterizó (y en ese mismo sentido fue criticado) por la verticalidad que le determinó la autonomía de cada subsector. No obstante la horizontalización con lo que se propone la equidad marca jerarquías o grados que definidas por “paquetes” mínimos de servicios, fragmentan la integralidad de la atención médica, redefiniendo a la población en función de la capacidad o no de pago.
enfermería comunitaria y domiciliaria, particularmente en materia de enfermedades crónicas, lo cual nos había de un giro radical que va de la responsabilidad estatal en las condiciones colectivas de salud hacia su individualización, familiarización, con el peligro de perder la dimensión global del sistema y de los problemas de la población.

La estrategia nueva se orienta a ampliar la participación ciudadana. Se argumenta que el sistema mismo "requiere de ciudadanos y grupos organizados interesados en incorporar temas de su agenda y participar en el diseño, implantación y evaluación de sus políticas y programas" (PEF, 2001:144). Vista así, la motivación de esta estrategia resultaría una loable respuesta a las históricas demandas de una mayor participación social. Sin embargo, lo que se muestra en adelante es que sus líneas estratégicas se reducen a las siguientes acciones concretas: acceso a información (pero sólo relevante se dice), foros para conocer opiniones y propuestas, posibilidad de presentar quejas y sugerencias y de elegir al prestador (sólo en el primer nivel de atención). Las dos primeras se relacionan con la finalidad de conocer "las demandas" y la rendición de cuentas, las dos últimas con la de incrementar la calidad promoviendo la competencia entre el personal.

La lamentable reducción de un concepto tan amplio como es el de la participación social a la simple conformación de "asambleas" para el intercambio de experiencias y rendición de cuentas, deja ver lo que aquí se denomina participación ciudadana, no es más que un recurso ideológico para justificar la implantación de medidas tendientes a reforzar las finalidades del resto de las estrategias: hacer eficientes recursos escasos, introducir modalidades de atención gerencial para hacer eficientes recursos que se asume, serán siempre escasos. En el caso de esta última estrategia el medio es una nueva "administración" de los "recursos" humanos.

La última estrategia se refiere también a la "administración" de los recursos humanos pero en este caso a la producción de éstos. En la exposición de motivos para esta estrategia se mencionan los "graves" problemas en la distribución de los profesionales de la salud, se alude fundamentalmente a la concentración urbana. Sin dejar de reconocer que ésta es una problemática que se debe atender, llama la atención lo que se marca como líneas de acción no corresponden, por lo menos no directamente, a la solución de este problema ya que se centran en la "certificación y rectificación de todas las escuelas y facultades de medicina... de enfermería y odontología..." (PEF, 2001:149), acción que además pasa por alto el hecho de que son las universidades (por cierto autónomas) las que emiten los certificados y títulos que acreditan la capacidad de los egresados para el ejercicio profesional, entonces ¿qué justifica la creación de mecanismos supranacionales y la duplicidad de certificaciones? ¿Cómo pueden explicarnos la forma en que estos mecanismos solucionan la mala distribución de profesionales y su desempeño sin considerar el deterioro de las condiciones laborales y de los ambientes de trabajo?

Respecto de la formación profesional también se aclara una línea de acción dirigida a establecer la administración gerenciada de los servicios, es este el fin y no el medio, como se menciona, para el "fortalecimiento en la capacitación de los recursos humanos" (PEF, 2001:149). En ese sentido, el personal directivo será capacitado particularmente, en el "desarrollo de habilidades gerenciales" y el personal no directivo será capacitado en "métodos de garantía de calidad" (PEF, 2001:149).

Conclusiones.

Cambio electoral, ¿alternancia o continuidad?

Aunque la mayoría del electorado decidió cambiar de gobierno, no puede asegurarse que con la democracia restringida a su campo electoral hagamos arribado a una plena participación social, mucho menos puede hablarse de un cambio en el modelo de desarrollo que es origen de las problemáticas que aceleraron el proceso de democratización electoral y que por lo revisado en el campo de la salud, parecen vigentes e incluso intensificadas.
El cambio de los actores sociales no necesariamente debe entenderse como cambio de régimen. Desde 1982 la política pública mexicana adoptó los rasgos más sobresalientes del modelo neoliberal (Vilas, 1996); en términos de salud se plantea un proceso de reforma que alcanza su madurez, y se aclara, en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 todavía en el régimen anterior.

Desde entonces el diagnóstico postulaba que los principales problemas del sistema sanitario eran: a) insuficiente calidad y limitada eficiencia, b) segmentación e insuficiente coordinación, c) centralismo y d) cobertura insuficiente (PEF, 1995:11-14) en consecuencia se plantearon los lineamientos básicos: 1) incrementar la calidad mediante la elección de los usuarios, 2) ampliación de la cobertura mediante la incorporación a la seguridad social de sectores no incluidos en el trabajo formal pero con ingresos suficientes para cotizar, en tal sentido se formuló la figura del seguro de salud para la familia, aquí se planteó también una "mayor interacción con el mercado de seguros" (PEF, 1995:16), 3) descentralizar, en cuyo rubro se enfatiza la necesidad de "la definición de un conjunto de acciones esenciales de salud" y "la provisión de un grupo de intervenciones mínimas en salud" que "constituye un irreductible". En este punto se precisa también el nuevo papel que se busca para la Ssa y que ya sólo incluiría "normar y coordinar al sector" (PEF, 1995:17), 4) participación municipal en salud, 5) ampliación de la cobertura a partir de un paquete básico, que se refiere a "servicios esenciales" para superar la pobreza y finalmente, 6) una nueva organización del sistema sanitario, donde se tiene previsto la rectoría de la Ssa, un subsector de seguridad social para la población con posibilidad de pago en el que se tendría la oportunidad de elección por parte de los usuarios (se busca integrar horizontalmente todas las instituciones de seguridad social, lo cual implicaría la desaparición como tal del IMSS y del ISSSTE) y otro subsector que, en tanto se dirige a la población pobre, permanecería bajo la tutela de los servicios ya descentralizados con un paquete básico, en este subsector no se descartó la posibilidad de que hubieran prestadores privados que pudieran ofrecer el paquete básico dado que la población de enfoque sería definida por su incapacidad para el prepago que implicaría el régimen ya generalizado de la seguridad social homogeneizada.

La reforma propuesta tuvo avances significativos en términos estructurales. Entre los más importantes, que se concluyó el proceso de descentralización no sin problemáticas en la inte-
gración de los servicios a población abierta entre el IMSS-Solidaridad y los de la Ssa, y otros problemas de carácter técnico-administrativo y financiero que pusieron en riesgo los alcances de programas sanitarios antes centralizados; por otra parte, se privatizaron los fondos de pensiones del IMSS.

El análisis de las propuestas actuales indica una gran coincidencia con las transformaciones iniciadas en los dos sexenios anteriores lo cual nos permite argumentar que la política sanitaria actual representa no sólo la continuidad, sino la consolidación y aceleración de una etapa de transición hacia la mercantilización de los servicios de salud a partir de diversas rutas. En materia de política sanitaria, la oferta de cambio parece quedar desmentida, a no ser que se refiera a desentendimiento del Estado de la responsabilidad pública.

En lo general, el PNS expone el replanteamiento de las funciones del Estado que desde 1993 venían siendo propuestas por organismos financieros internacionales. Entre las modificaciones se incluye el abandono de la función estatal de prestar servicios; lo cual implica intervenir sólo con servicios “esenciales” en la población que por sus condiciones socioeconómicas no puede integrarse al modelo de desarrollo vigente, es decir implementar medidas compensatorias de las deficiencias intrínsecas de la política económica. Esta reducción incluso parece transitoria por la cada vez mayor reducción de servicios que serán “universales” y parece dirigirse hacia una plena liberalización en la oferta de servicios médicos.

En este marco se inscribe la estrategia “bandera” del actual régimen: el seguro popular que aunque puede entenderse como universal, no lo es en la medida que sólo ingresan a esta modalidad quienes no tienen seguridad social, configurado con base en aquellos servicios de mínimo costo y alto impacto (grandes externalidades según el BM) sustituyendo por completo la noción de bienestar social y de necesidades básicas y creando un paralelo al interior del sistema público actual.

Para ampliar la seguridad social se ha diseñado el Seguro Popular, que sería la versión actual del Seguro para la Familia previsto en el Programa de Reforma del Sector Salud de 1995; servicios que serían prestados por la infraestructura del IMSS y el ISSSTE, ONG, etcétera, contribuyendo así a desarticurar los principios de solidaridad en que se basó la seguridad social mexicana y por otro lado, dado que la ampliación de cobertura se buscaría con otras modalidades de afiliación incluyendo a personas no incorporadas al empleo formal pero con capacidad de pago (Reforma, 19/06/2001) (PEF, 2001). Se asume que el Estado abandona su compromiso con el fomento del empleo y se acepta implícitamente que no se podrá incrementar a la población económicamente activa.

Con tales medidas se busca combinar por lo menos tres elementos: a) ahorro público en salud, con consecuencias en las instituciones sanitarias relacionadas con el tamaño del Estado; b) aumento del aporte de las familias, creando nuevos hábitos y prácticas vinculadas a la autorresponsabilidad y autofinanciamiento de la salud; y finalmente c), la ampliación de un campo, antes restringido, destinado a la acumulación de capital con el desarrollo de nuevos negocios asociados con la oferta de seguros médicos, incorporando nuevos agentes en la política sanitaria: los proveedores privados, disponiendo del cuantum ahorrado como estímulo. De todo este cuadro, se deriva la reorganización estratégica de los servicios de salud.

Uno de los problemas más recurrentes en el Programa es el de la cobertura y se plantea que ésta será ampliada y se ha fijado como objetivo alcanzar la universalidad. Estos propósitos de vincular el prepagó y la oferta de los particulares que vendrían a ser la traducción concreta de la “mayor participación de la sociedad”, se presenta en el discurso como la “democratización” del sistema.

En síntesis, estamos frente a un documento de sólida consistencia, con una coherencia interna entre sus estrategias y sus líneas de acción, pero de una debilidad extrema en la coherencia externa, su análisis refleja una distancia entre el PNS como medio y lo que representa la salud como necesidad básica universal y como medio para el desarrollo social. El discurso del PNS logra fusionar las argumentaciones sobre la necesidad de mejorar las institu-
ciones de salud con una propuesta que paradójicamente lleva el sello de su deterioro y futura desaparición. En tal sentido, las propuestas que señala, parecen desprenderse de deficiencias reales en los servicios públicos, de ahí que ganen una aparente aprobación en la opinión pública; tal hecho es, sin embargo, solo la parte que justifica el discurso en la medida que su contribución es a la creación de una nueva institucionalidad no explícita más que a partir de elementos muy generales e incluso ambiguos nunca discutidos públicamente.

Bibliografía

Álvarez, J.; Bustamante, M.; López, A.; Fernández del Castillo, F. (1960), Historia de la saludidad y de la asistencia en México, México, Ssa.


Reforma, 19 de junio de 2001.


