

# POLÍTICA SOCIAL Y SANITARIA

México y lo local  
en el inicio del siglo XXI

*Norma González González\**

23

El presente texto discute en torno al escenario en el que en México se han venido llevando a cabo transformaciones muy particulares en uno de los ámbitos más sensibles de lo que hasta hace muy poco tiempo se entendía en términos de desarrollo y política social, esto es: la salud. Si bien es cierto que el planteamiento más general en el que se pretende justificar la serie de reformas introducidas en el ámbito de la salud deja ver los beneficios de un enorme cambio en la naturaleza y en la administración de ésta, también lo es que la realidad se ha sobrepuesto a tales objetivos, por lo que es necesario hacer un replanteamiento, de tal manera que el cambio propuesto se enriquezca frente al reto de comprender una realidad cambiante, diversa y compleja.

## SOCIAL AND SANITARY POLICIES. MEXICO AND THE LOCAL AT THE BEGINING OF THE XXI<sup>TH</sup> CENTURY

The aim of this paper is to analyze the scenario where had been taking place the important changes in health. In the case of Mexico, the transition of health system can be seen as a result of a change in how traditionally has been understood the social policy and the historic context were those transformations took place. The path follows by administrative, economic, and social reform process, what begun in 80's, and goes ahead with the social reform generated a lot of prospects. However, now it is time to think about the lessons learned. In this way we can be able to understand what really happens in order to improve social policy.

## POLITIQUE SOCIALE ET SANITAIRE: LE MEXIQUE AU DÉBUT DU XXI<sup>E</sup> SIÈCLE

L'essai présent a pour thème le scénario dans lequel le Mexique a souffert des changements très particuliers dans l'un des cadres les plus sensibles, ce qui depuis très peu de temps avait été défini en termes de développement et de politique sociale: c'est-à-dire la santé. S'il est vrai que l'approche plus générale où on prétend justifier la série de reformes que l'on a introduit au thème de la santé laisse voir les bénéfices d'un changement profond dans sa nature et dans la gestion de celle-ci, il est vrai aussi que la réalité a dépassé ces objectifs; c'est pourquoi il est nécessaire de faire un réexamen, de telle manière que le changement proposé s'enrichisse face au déficit de comprendre une réalité changeante, diverse et complexe.

\* Profesora-investigadora. Centro de Investigación de la Facultad de Ciencias Políticas y AP/UAEM. Doctora en Ciencias Políticas y Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid.



## Introducción

Desde los ochenta, México (en general América Latina), atraviesa por un periodo de reformas que se ha extendido hasta nuestros días. Referimos a este *largo periodo de reformas*, invariablemente nos lleva a recuperar el escenario en que tales cambios comenzaron a darse, ya que más allá de lo que algunos puedan suponer como un hecho aislado, son condiciones tanto de índole interna como aquellas que tienen lugar en el ámbito internacional, las que configuran la situación por la que en la actualidad, y desde hace más de dos décadas, transita América Latina, presa de una *dinámica de transformación*.

Es ampliamente reconocido el hecho de que hacia los años ochenta comienza a darse un conjunto de cambios que paulatinamente han reconfigurado planteamientos y relaciones características de la etapa de industrialización que (con sus diferencias entre un periodo sexenal y otro), trajo para el país una manera específica de concebir la economía, la sociedad, la política misma, y en este sentido el papel del Estado frente a la sociedad.<sup>1</sup>

Durante el gobierno de Miguel de la Madrid (1982-1988), se inicia en México un periodo de reformas que bajo el esquema de un gran cambio estructural, intentó responder al nuevo modelo de acumulación de capital; desde entonces se busca privilegiar al mercado externo y a la competitividad internacional. Se trata de una situación completamente opuesta a la que hasta entonces era característica de un modelo económico en el que la producción y la distribución estaban orientadas hacia el consumo de masas y la expansión del mercado interno (Gutiérrez, 1985; Villarreal, 1993; Guillén, 1997).

### La reforma en el ámbito del desarrollo social

La ampliación de espacios de participación al capital local e internacional, la apertura comercial y financiera, las políticas privatizadoras, y en general la desregulación de la economía, suponen una enorme transformación en ámbitos cruciales de la vida institucional de México. Los cambios que en los ochenta se plantean como impostergables, y de hecho se asumen como condición para poder superar el desgaste que presenta el modelo de sustitución de importaciones, implican una gran transformación respecto del papel que el Estado mexicano había venido desempeñando como eje del desarrollo económico y social. De ahí que cuando hablamos de reformas, la del Estado se convierta en un punto neurálgico del que se desprenden los cambios políticos que se siguen generando, y que están estrechamente vinculados a la misma reforma económica y la llamada reforma social que tienen lugar en el país.

En su origen, el problema se refiere a la crisis de un modelo de acumulación capitalista; el que dominó en el mundo occidental desde la Posguerra, y cuyos rasgos más característicos se hundían en la visión keynesiana de la economía; la cual se definía en términos de un conjunto de reglas y medidas económicas con las que ahora discute el modelo económico neoliberal en el intento de definir los parámetros más apropiados que permiten la participación y determinan la función del Estado en la sociedad, el dominio del mercado en cada uno de los ámbitos de la vida humana. La búsqueda de salidas a la crisis, tiene tras de sí la reorganización mundial de la acumulación de capital, y en consecuencia de la sociedad; abarcando en esta ola de transformación (bajo condiciones y consecuencias que difieren dependiendo de la sociedad de la que se trate en términos del llamado desarrollo o subdesarrollo), al grueso de países y

<sup>1</sup> En México, de hecho en toda América Latina y el Caribe (con la excepción correspondiente), frente a los cambios radicales que se registran en el ámbito internacional, se ponen en marcha enormes cambios económicos, con claras consecuencias en lo político, lo social y en los aspectos culturales; dos décadas después el balance parece confuso, y en no pocas ocasiones contrario a la versión y el discurso manejado en los primeros años de la reforma. De cualquier modo, el proceso continúa, tanto como la necesidad de contribuir a su discusión y conocimiento.



regiones que conforman el mundo (Beriaín, 1990; Offe, 1991; Guillén, 1997). Queda suficientemente claro que la crisis que en los años setenta se presenta en los llamados países desarrollados, en los ochenta y bajo sus propias características y detonantes, explota en países como México. Una característica crucial de esta crisis es la puesta en evidencia de la necesidad capitalista de una *flexibilidad social*, que le permita a las empresas reducir sus costos de producción (Gutiérrez, 1985); hecho que por medio de la política social, y en particular de la llamada seguridad social, de manera directa abarca el ámbito de la política y acciones de salud.

Se hace necesario introducir una serie de reformas institucionales con un impacto inmediato en diferentes ámbitos de la vida económica, social, cultural. En este contexto cobran sentido las reformas sociales que tanto en el ámbito laboral como en el de la salud, tienen parte de sus espacios más representativos;<sup>2</sup> permitiendo, y de hecho fomentando, una mayor participación del capital en espacios antes reservados a la función y al papel del Estado. La reforma laboral permite una mayor flexibilidad en *el uso de la fuerza de trabajo*, destrabando una compleja estructura mediadora de las relaciones laborales que había funcionado a lo largo de la época de mayor esplendor del periodo de sustitución de importaciones. La reforma de la ley federal del trabajo flexibiliza las relaciones laborales, dejando en un completo estado de indefensión al trabajador, que pierde derechos y garantías resultado de azarosos periodos de lucha obrero-sindical. En el mundo occidental, los contratos colectivos de trabajo sufren una severa embestida, el obrero que antaño parecía unido por una comunidad de intereses, se enfrenta ahora a los avances tecnológicos y a la precariedad de los puestos de trabajo, padece también la movilidad laboral y el desempleo que resulta invencible ante las medidas preparadas para enfrentarlo (Estefanía, 1997).

En el caso de la salud, el escenario se halla marcado por el sino de un proyecto y proceso de reforma que aún continúa (Laurell, 2001; Leal, 2000), y que de manera clara muestra la nueva posición del Estado frente a una problemática tan sensible a lo social y económico, como lo es la salud. Es claro que desde su nueva posición, el Estado viene ofertando la idea de una mayor eficacia y eficiencia como manera de enfrentar los problemas de salud; situación que implica la gradual apertura a la iniciativa privada en un campo en el que si bien venía teniendo alguna participación, ésta se movía y veía limitada por el funcionamiento en que en general operaba el sistema de seguridad social del país. Sin duda que en el ámbito de la salud se sigue requiriendo de enormes cambios, no obstante, a la luz de más de una década de experiencias; las decisiones, medidas y acciones tomadas como argumento de la reforma del sector salud, parecen demandar una gran revisión para el encauzamiento de los rumbos tomados.

Los principales puntos en los que, en países como México, suele resumirse el programa de reforma iniciado en los ochenta, son los siguientes:

- ajuste fiscal
- liberalización del comercio
- desreglamentación financiera
- apertura a la inversión extranjera
- privatización de empresas públicas

*las decisiones, medidas  
y acciones tomadas como  
argumento  
de la reforma del sector  
salud, parecen demandar  
una profunda revisión  
para el encauzamiento  
de los rumbos tomados*

<sup>2</sup> Aquí también se halla presente la discusión sobre la educación pública y el papel de las universidades en el escenario que marca las tendencias privatizadoras que se viven en el país.



Desde la visión de los grandes organismos financieros internacionales, léase: Banco Mundial (BM) y Fondo Monetario Internacional (FMI), el llevar a cabo estas reformas, cuya prioridad se cimentó en lograr la estabilidad económica y dismantelar el modelo proteccionista de desarrollo; supuso que en la década siguiente la región latinoamericana comenzara a presentar resultados *favorables*, que a decir de la misma fuente, se expresaron en la reanudación del crecimiento económico de la mayor parte de los países latinoamericanos (BM, 1998a; BM, 1998b).

No cabe duda que esta visión de la realidad, donde prevalecen los indicadores macroeconómicos en detrimento de las condiciones de vida de la población, se mantiene ajena a una otra realidad en la que cotidianamente se presentan un sinfín de problemas de tipo social que la reforma del Estado, y el mismo proceso de globalización, lejos de solucionar parece haber exacerbado, convirtiéndose en factores de empobrecimiento y degradación de las condiciones de vida de amplios sectores de la población. Se debe señalar que los cambios derivados del dominio de la lógica y los valores del mercado en cada uno de los ámbitos de la vida social,



dejan ver la manera en que se lleva a cabo toda una serie de reformas, sin que apenas medie la participación y regulación del Estado, ya que el papel de éste se ha ido reduciendo a una presencia y gestión limitada (Vilas, 1996; BM, 1998a; Godue, 1998; Ramírez y Arancibia, 1999).

Tal y como se ha empezado a discutir en círculos académicos, probablemente no se trata de hablar de un Estado ausente, sino de la necesidad de una reconstitución de su papel y funciones; luego de que en esta nueva realidad ha perdido dos papeles básicos: ya no actúa como regulador del mercado, ni como redistribuidor social; todo ello en el marco de una discusión que en los últimos años demanda y reconoce su trascendencia, aun desde aquellos sectores y organismos financieros que de manera abierta propugnaron en contra de las funciones que venía desempeñando (BM, 1996). Dentro de este mismo tenor, en la búsqueda de comprender lo que en la actualidad ocurre con el Estado y la sociedad, destacan trabajos como los de Ulrich Beck, cuestionando con severidad a un Estado, el prototipo del ideal democrático, cuyos políticos, sin restricción alguna, exigen a sus gobiernos la apertura

comercial y financiera, debilitando de esta forma un entramado de relaciones que justo, y de manera contradictoria, permiten la existencia de los detractores, quienes desde su posición alientan y favorecen el dismantelamiento de la política social, y en general de la institucionalidad en la que se había venido cimentado la presencia y el papel del Estado (Beck, 1999).

No obstante, la problemática social sigue ahí, haciéndose cada vez más severa y compleja, por lo que es urgente replantear los marcos de reflexión que permitan argumentar y encauzar todas aquellas cuestiones que tienen que ver con lo social, y las que a la luz de los nuevos cambios, se han ido desdibujando y reconstituyendo en fenómenos como el que supone lograr que amplios sectores de la sociedad, aun a costa de sus propias condiciones de sobrevivencia, adopten una postura favorable hacia lo que se ha empezado a llamar un proceso de *individualización de la pobreza* (Procacci, 1999).



Conviene recordar que la descalificación de la política social, corre a la par de los tiempos en los que se busca un nuevo tipo de Estado, acorde con la nueva sociedad; lo que se traduce en una también nueva relación entre Estado y sociedad. Es, en este ambiente de recomposición de relaciones políticas, económicas y sociales, que la moda impone hablar en términos de *desarrollo humano*, un concepto con profundas raíces economicistas, propuesto por los organismos financieros internacionales; adoptado por organismos, también internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), y de alguna manera por la misma Organización Internacional del Trabajo (OIT), organismos para los que el diseño de sus políticas y acciones, hasta antes de los años ochenta, estaba marcado por una mayor apertura y discusión crítica en torno a la salud y el trabajo, pero que desde ese parteaguas, se vuelven eco del *ideal que habilita y da mantenimiento* al hombre económico, el hombre productivo; dentro de una sociedad del bienestar y del trabajo a la que, paradójicamente, ha invadido el malestar y se ha quedado sin trabajo (Sánchez, 1998).

Dentro de todo este enrarecido ambiente neoliberal y global, sigue vigente la necesidad de discutir en torno a la *justicia social* (Beck, 1999). Así, pese a que el término *desarrollo social* parece ir quedando en desuso, invariablemente se sigue hablando de marginación, de pobreza, de desigualdad, de problemas de educación, de una problemática en salud que puede alcanzar dimensiones devastadoras para la humanidad, por lo que se debe dar respuesta a preguntas que tienen que ver con ¿cómo?, ¿hacia dónde? y ¿con qué nuevas herramientas? mirar y trabajar en torno a lo social.

De ahí la importancia de recuperar la forma en que se ha venido discutiendo todo este proceso de reforma de la política y seguridad social, habida cuenta que se han planteado las posiciones más radicales tanto a su favor como en su contra; todo ello, a la luz de la experiencia de veinte años en que las medidas y lineamientos que se adoptan en México, y en general en toda la región latinoamericana, arrojan resultados cada vez más cuestionados; lo que hacia mediados de los noventa obliga a los mismos organismos financieros internacionales a replantear lo que hasta entonces eran consideradas como las únicas vías a partir de las cuales se remontarían los efectos de la crisis económica, y de entre las que, por sus consecuencias en las mismas relaciones sociales, destaca el papel del Estado al interior de la sociedad. Esto es, el tipo de relación Estado-sociedad, que más allá de matices o grandes transformaciones, ha dado lugar a nuevos procesos y actores que conforman un esquema en el que se mantiene la discusión en torno a la atención de espacios cruciales para el desarrollo de la población: el caso de la salud.

No es gratuito que hacia finales de los noventa, un discurso modificado (aunque no sustancialmente), por parte del FMI y del BM, mediante lo que el Estado representa para el nuevo modelo de economía, y en este sentido el rol que debe desempeñar, introduzca algunos matices en los que se reconsidera su función al interior de la sociedad, un papel que sin concesión alguna, y olvidando la importancia que el llamado Estado de bienestar o asistencial tuvo para la consolidación de todo un periodo de expansión de la producción y crecimiento capitalista, a partir de los años ochenta empieza a ser duramente descalificado (Berlaim, 1990).

En ese discurso de finales de los noventa, se considera al Estado en términos de su trascendente papel a la luz de los cambios que atraviesa el mundo; lo cual es muy importante ya que se revalora su presencia y participación en función de aquel papel mínimo al que se le había limitado (BM, 1996). Aunque, por otro lado, se trata de sólo un matiz que mantiene los trazos básicos de una sociedad regida y regulada por el mercado, y que ha dado lugar al paisaje que cotidianamente advertimos en nuestro entorno inmediato, o atestiguamos a través de los medios de comunicación: pobreza en ascenso, desempleo, no sólo graves rezagos sino nuevos problemas en salud y educación.

Toda esta situación hace pensar en la vigencia de una discusión que, aunque por momentos parece extraviada, refiere la necesidad de una reflexión que dentro del nuevo modelo de desarrollo económico, permita el acceso a la interpretación de los rumbos asumidos en mate-



ría de política y desarrollo social; que profundice en la falta de claridad respecto de si lo que presenciamos en la actualidad representa la imagen *definitiva y sustancial* que en este llamado nuevo orden económico y social, ha asumido no sólo la acción del Estado, sino la sociedad toda, respecto de la forma en que deben ser tratadas y atendidas un conjunto de problemáticas de entre las que los cuidados y atención sanitaria representa uno de los ejes principales de lo que hasta hace poco tiempo era tenido en términos de política social.

### La reforma mexicana de la seguridad social

Después de que en los ochenta el mayor impulso en el campo de las reformas lo recibieron aquellas que se orientaron de manera prioritaria a conseguir los equilibrios macroeconómicos (Ramírez y Arancibia, 1999), demandados por el BM y por el FMI; en los noventa tiene lugar una serie de reformas llamadas de *segunda generación* que quieren completar el llamado *éxito* de las reformas económicas y financieras. Dentro de este escenario se llevan a cabo planteamientos y se toman decisiones respecto de la viabilidad y necesidad de iniciar cambios radicales en el campo de las relaciones laborales, de la educación, la seguridad social y la salud. En cada uno de los casos, se trata de cambios que afectan a amplios sectores de la sociedad, y que nos hablan de un desmantelamiento de la política social y, en su caso, de la reformulación del desarrollo social.

28

En este sentido, la reforma de la seguridad social supone retirar un gran *peso económico impuesto* al Estado, y al mismo capital en el otorgamiento de servicios hasta entonces considerados como de interés público, y básicos para el desarrollo social; su satisfacción se traslada al ámbito del mercado (Ssa, 1990; Camus, 1996; Laurell, 1996b). La atención y el acceso a la salud concurren ahora por cauces en los que se ofrecen diferentes paquetes de servicios, con un amplio margen de variabilidad en cantidad y calidad de atención. En el nuevo modelo tiende a manejarse la compra-venta de servicios de salud sobre la base del ingreso, lo cual se traduce en una atención estratificada de los problemas sanitarios (López, 1994; Laurell, 1996b). Se trata, en realidad, de un acceso diferencial a la salud, ahondando los graves rezagos que en esta materia presenta México, y supone además el acrecentamiento de las diferencias sociales que quedan sujetas al libre juego del mercado.

El Estado ha ido cediendo espacios a modelos de atención privada como el que, para el caso de la población abierta, se refiere a la puesta en marcha del llamado *seguro popular* (*El Universal*, 2002), que en un esquema financiero de prepago semestral y anual, tiende a exacerbar y marcar las diferencias en la calidad de los servicios de salud a los que, según el estrato social, se puede tener acceso. En el corto y mediano plazo, el acceso a la atención sanitaria a partir del monto de los ingresos recibidos, preludia una severa crisis de tipo social ya que tanto la sociedad como el gobierno parecen olvidar la estrecha interrelación y peso de la economía en cada una de las acciones y relaciones de las que participamos al interior de esta, nuestra sociedad. Hay consenso respecto de que la superación de la crisis desatada entre finales de los setenta y principios de la década siguiente, no ha sido superada, si bien por el contrario la recesión económica en Estados Unidos (agravada por la reciente guerra contra Irak), el recién estallido de crisis económica y social en Argentina; así como las elevadas tasas de desempleo que caracterizan a la economía en el mundo, dejan ver una clara contradicción entre la individualización del sistema de pensiones y el acceso a los servicios de salud, por medio de un aseguramiento privado marcado por la carencia de ingresos para pagar la atención sanitaria; contradicción elemental.

En México, la reforma que se plantea al sector salud (Cardozo, 1998; Ssa, 1990; Ssa, 1994), y en particular a la ley del IMSS, es un claro ejemplo del cumplimiento de una política de ajuste estructural iniciada en los años ochenta, y refrendada por el gobierno a lo largo de la década siguiente. Asimismo, dicha reforma marca una ruptura en cuanto a la manera de concebir y tener acceso a la seguridad social.



En la Constitución de 1917, se consignaba una política social basada en una atención pública, solidaria, redistributiva, integral y gradualmente universal (Mussot, 1996). El nuevo modelo de seguridad social da marcha atrás a los principios de redistribución y solidaridad social: pago por ingreso y beneficio por necesidad (Laurell, 1996a). Los servicios públicos de salud ceden ante programas privados de aseguramiento. Por el lado de las pensiones, el reparto intergeneracional es sustituido por la capitalización individual, con los riesgos que una medida de esta naturaleza supone para una economía y para un país que enfrenta graves problemas con el manejo transparente de los fondos financieros; el rescate carretero y bancario son una muestra clara de que, por sí mismo, el proyecto privatizador y el mercado no pueden solucionar los problemas sociales, sino agudizarlos y profundizar heridas que no terminan por cerrar. Aún más, a partir de trabajos actuariales se ha probado que este tipo de medidas (más allá de lo que oficialmente suele comentarse), no garantizan ninguna solución económica a los problemas que fueron planteados como nodales para llevar a cabo el programa de reformas a la salud y seguridad social (Camus, 1996).

Es necesario tener presente que en la descentralización de la educación básica, y de los servicios de salud, es donde adquieren sentido las reformas en política social que se han venido implementando, y que en el caso particular de la salud, han llegado hasta nuestros días en términos de reformas tanto a la atención de la población abierta, como a la seguridad social; buscando imponer al mercado como mecanismo privilegiado para la satisfacción de las necesidades de salud del individuo, registrándose un lamentable retroceso respecto de luchas sociales en las que se habían ganado y reconocido una serie de derechos que ahora son vistos y promovidos como un obstáculo al desarrollo del individuo y de la sociedad.

En este sentido, no es gratuito el dominio y el énfasis puesto en nuevos valores que atienden a una filosofía basada en el individualismo, donde la

desigualdad se plantea como el motor que sirve para potenciar el esfuerzo individual: cada uno sólo es responsable de sí (BM, 1993), en contra de una denostada actitud en favor del bien común y colectivo (Guillén, 1997). No podía ser de otra manera, ya que a escala del comportamiento social para cualquier cambio es condición que además de situarse éste en la economía, tenga como contraparte su expresión en el ámbito de la ideología, y de todos aquellos elementos de orden cultural que tienen que ver con la reproducción misma de la sociedad. Sin esta parte ideológica, cualquier *cambio* resultaría prácticamente imposible.

Dentro de este marco las políticas y las tendencias descentralizadoras se han venido desarrollando, y en el caso de México, como de hecho lo es en la región latinoamericana, en las esferas de gobierno se lucha por mantener un ambiente favorable a los cambios y los beneficios con los que se sigue acompañando cualquier explicación en torno a la reforma del Estado y a los enormes cambios por los que transita la política social, y con ésta la nueva manera de entender y actuar en relación con el campo de los problemas y fenómenos de la salud (Vega, 2000).

*el proyecto privatizador  
y el mercado  
no pueden solucionar  
los problemas sociales,  
sino agudizarlos  
y profundizar heridas  
que no terminan por cerrar*

### **La salud en el contexto de lo local. Logros y problemática**

Hablar de descentralización y de reforma supone también hacer referencia a una nueva concepción, distante de lo que habíamos venido entendiendo por política social, e implica la presencia de nuevos elementos técnicos y procedimentales que han de seguirse para que tome



cuerpo y sentido esa serie de cambios por los que se ha venido apostando. Muchos han sido los razonamientos en favor del despegue de este tipo de cambios que aparejados a la reforma de la salud, implican una reforma administrativa caracterizada por lo que se ha dado en llamar proceso de descentralización. Aquí, resaltamos básicamente dos de estos razonamientos (Di Gropello y Cominetti, 1998), en los que suele resumirse la prioridad que asume la reforma administrativa de la salud; la cual tiene lugar tanto en el caso particular de México, como en el resto de la América Latina. En torno a ellos es que se centra la segunda parte del trabajo que aquí se presenta, rescatando algunas experiencias directas de lo que a escala local/municipal ha significado la reforma, su impacto en uno de los campos prioritarios para la sociedad, su sobrevivencia y reproducción.

- El primero, se refiere al intento de acercar el gobierno a los ciudadanos. Se trata de una forma de promover la participación ciudadana en el ámbito local, lo que de alguna manera justifica el traspaso de responsabilidades a los gobiernos regionales y locales; apoyando los procesos de democratización que desde hace algunos años experimenta la región.
- En el segundo caso, hablamos de un elemento económico que en términos de eficiencia y rentabilidad, busca deshacerse de responsabilidades y cargas económicas, transfiriéndolas ahora a los gobiernos locales, y dejándolas moverse dentro de la lógica del mercado.

Al respecto, es necesario recuperar los escenarios reales en que se ha desenvuelto el actual proceso de reforma. En el ámbito local, las experiencias vividas de manera directa por los diferentes actores, dan cuenta de un conjunto de hechos y situaciones que, por un lado, desmitifican la apuesta por la descentralización y la desconcentración pero, por otro, plantean también el reto de ofrecer soluciones frente a tendencias que se antojan irreversibles, y de las que es imposible mantenerse al margen.

Frente al dañino centralismo que afecta al país, la descentralización aparece como la panacea; no obstante, en el periodo en que ha sido llevado a cabo este ejercicio, se muestran las dificultades y la complejidad de un proceso que si no está perfectamente diseñado e instrumentado, tiende de nueva cuenta hacia el centralismo, generando problemas y situaciones que lejos de solucionar, entorpecen y dificultan aún más el abordaje y posible solución a problemáticas que siguen sin ser resueltas, y a las que se suman nuevas carencias derivadas de la *inoperatividad* del nuevo sistema administrativo, de la nueva manera de entender y actuar frente a los problemas de salud, habida cuenta de que la forma de enfocar la problemática sanitaria se ha transformado, y con ésta una serie de actitudes y maneras de acceder a los servicios de salud.

Es cuestión de conciliar, de acercar los planteamientos originales de la reforma con las experiencias fallidas tenidas hasta el momento, y apostar por mecanismos y medidas que realmente transiten por la vía de ofrecer soluciones a problemas viejos, y a aquellos derivados de este proceso de cambio y transformación.

Los trabajos de investigación que en el campo de la sociología de la salud, han sido desarrollados en el Centro de Investigación de la Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública de la Universidad Autónoma del Estado de México, permiten recuperar las experiencias municipales que aquí se vierten.<sup>3</sup> El trabajo ha sido realizado a partir de entrevistas con presidentes y funcionarios municipales, así como con responsables de programas de salud, y con quienes

<sup>3</sup> Se trata de investigaciones llevadas a cabo (y en proceso), en el Centro de Investigación de la Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública de la Universidad Autónoma del Estado de México: "El comportamiento socioepidemiológico de la mortalidad infantil en los municipios del Estado de México conurbados a la Ciudad de México 1980-1997" (apoyo UAEM/Conacyt, 1999-2001). Así como el proyecto titulado "El impacto de la cultura y la tecnología en la redefinición del concepto, y de las políticas en salud" (UAEM, 2002-2004).



en el ámbito legislativo trabajan en la propuesta y aprobación de un marco jurídico con el cual reglamentar y regular las transformaciones que ocurren en el campo de la salud.

Una de las primeras medidas que, a decir de la experiencia de presidentes municipales provenientes de diferentes corrientes políticas e ideológicas, es imprescindible llevar a cabo, tiene que ver con el trabajo en reformas municipales que permitan al municipio hacerse cargo de las responsabilidades que le han sido encomendadas, pero a las que en su momento no se acompañó ni de una real descentralización de



los recursos ni del poder de decisión y gestión en el ámbito de su competencia; asimismo, es necesario un nuevo marco administrativo y de manejo fiscal que contrarreste las nuevas tendencias centralizadoras. La experiencia práctica de las autoridades municipales, los ha obligado a reconocer y a convivir más que con los beneficios, con los problemas de esta nueva forma de llevar a cabo la administración, y en el caso particular de la salud, de concebirla bajo una integración e involucramiento de la comunidad de referencia, pretendiendo seguir conceptos y lineamientos que difieren del modelo biomédico que durante décadas ha dominado la política sanitaria mexicana; lo que sin duda representa un importante avance en el reconocimiento del carácter social de los problemas de salud, pero al mismo tiempo refiere una total orfandad e inexperiencia para enfrentar *un otro* modelo de salud y seguridad social.

Asimismo, desde el gobierno se alientan una serie de organizaciones promotoras de la salud, cuya característica esencial parece apuntar hacia la despolitización y la devaluación de los valores ciudadanos; en efecto, proyectos como el de los Comités de ayuda mutua impulsores de la salud (*Opinión*, 2002), o el mismo incremento de las organizaciones no gubernamentales ubicadas en el campo de la salud, refieren y enmarcan el cumplimiento de los programas gubernamentales por medio de una participación social controlada, que se propone deslegitimar cualquier otro tipo de demandas e inconformidad en torno a la salud. Cabe mencionar que este comportamiento desborda los límites de la salud, para ubicarse como una constante en la forma actual en que tiene lugar la llamada participación social y/o ciudadana (Osorio, 1997).

Hay de igual forma, algunos otros elementos que conviene mencionar, ya que son indicativos del apresuramiento de una Reforma que dejó de contemplar situaciones medulares, y que representan sólo una parte de los eslabones por los que puede, y de hecho ha empezado a embargar una sensación de fracaso respecto de las bondades de un cambio que, sin duda, sigue requiriendo la administración en salud, pero que ha marginado cuestiones de carácter organizacional, prioritarias para remontar inercias enclavadas en un modelo burocrático de presentar tanto un discurso como una serie de medidas propias de un tipo particular de sociedad y economía.

Según lo advirtió Weber (2001), la burocracia desempeña un papel importante como característica del capitalismo moderno (aunque no exclusiva), y de la que sin duda se debe destacar el poder que adquiere en el seno de todo el periodo del llamado Estado de bienestar, poder que con el advenimiento de la globalización y de la política de corte neoliberal se convierte en una traba que es necesario dismantelar, ajustándola a una forma eficiente y eficaz de responder a las exigencias del mercado, de ahí que la defensa y justificación tejida en torno a la descentralización analice, justamente, la carencia de aquellos elementos que hoy se corresponden con los retos que se asignan y reconocen a la administración pública, y donde



la relación costo-beneficio, determina los parámetros para referir su productividad, además de aquello que, como se ha mencionado, califica su eficiencia y eficacia, términos que a la luz de las nuevas perspectivas de análisis social y administrativo, lo que tratan de hacer es medir una atención liberada del peso económico que llevo al Estado a una crisis fiscal, y que ahora debe responder a dinámicas más propias del mercado y la iniciativa privada (O'Connor, 1973; Osborne y Gaebler, 1994).

Así, cuando se hace referencia a la trascendencia de contemplar como parte básica del proceso de descentralización a una perspectiva organizacional, lo que se está tratando de decir es que habida cuenta que las organizaciones gubernamentales son el eslabón clave de la acción gubernamental (Arellano, *et al.*, 2000; Barba, 2000), es necesario pensar y trabajar con ese grado intermedio de acción, ya que en éste se implementan, interpretan y evalúan aquellas políticas que sin esta intermediación, sencillamente no logran cristalizarse.

A diferencia de la administración privada, la pública tiene muy poco trabajo en el que se recupera el análisis y el estudio de los ambientes de trabajo, su organización y control. De hecho, hay que reconocer que es justo la organización y administración al interior de la fábrica lo que ha proporcionado bases de reflexión y trabajo a la administración pública. Por lo tanto, no es difícil explicar, que no justificar, los problemas estatales y municipales por los que atraviesa el proceso de descentralización, en particular el caso de la salud, ya que no puede pasarse directamente de un esquema general donde se dibujan y definen acciones, a su implementación; dejando de lado todo lo que significa prever y reconstituir una red de relaciones y de supuestos que durante largo tiempo entendieron y actuaron bajo una idea de lo que debería ser asumido por salud, y en consecuencia las acciones y actitudes desencadenantes de ese modelo de salud no pueden pasar mecánicamente, de la noche a la mañana, a comportarse en términos del esquema de la política neoliberal, en la que se pronuncian los lineamientos y fundamentos a considerar como parte de los atributos y atribuciones del Estado respecto de la sociedad (Del castillo, 1999).

Del trabajo realizado con médicos y personal administrativo que ha participado en diferentes jurisdicciones de salud del Estado de México, así como en las mismas oficinas centrales, se advierte pesimismo y falta de información respecto de una decisión de cambio que según las diferentes experiencias y puntos de vista, desconoció como elemento fundamental a quienes directamente tienen que ver con el éxito y la imagen de la política sanitaria por la que, desde hace ya casi 20 años, se empezó a apostar. Tanto médicos como administrativos, se quejan de la falta de información y coordinación, situación que los ha hecho sentirse utilizados y ajenos a un proyecto al que si bien reconocen beneficios al estar consientes de un conjunto de carencias y problemas que ha venido arrastrando el sistema de salud, por otro lado no se sienten participes ni motivados a identificarse con él.

Sin duda que el descuido y la falta de conocimiento sobre la mejor forma de involucrar a estos agentes gubernamentales, tiene que ver con una empobrecida idea respecto de ver a la administración sólo como una técnica, neutral y ajena a cualquier tipo de la tan devaluada subjetividad, olvidando que quienes ejecutan y dan vida a los proyectos, son seres humanos sobre quienes recae la responsabilidad de traducir y generar acciones con impactos específicos al interior de la sociedad. Se olvida también que los aparatos burocráticos gubernamentales generan sus propias lógicas, convirtiéndose en elementos de ejercicio de poder que, en este caso, se ve doblemente impactado ya que, *burocracia y salud*, se conjugan para dar vida a uno de los más importantes referentes sociales que representan un claro ejercicio del poder. En efecto, más allá de su carácter humanista, el tema de la salud se convierte en una importante fuente de legitimación social (Rodríguez y de Miguel, 1990). Se dice que el sueño de la razón no tomó en cuenta al poder, ya que se pensaba que con el desarrollo de la ciencia médica el hombre se hallaba en la senda correcta para superar todos los males y enfermedades que durante siglos lo habían aquejado, no obstante, el objetivo ha sido sólo parcialmente logrado, ya que en realidad a lo que se ha dado origen es a la creación de una nueva esfera de poder (Starr, 1991).



Por otro lado, es también importante hacer referencia a la manera en que localmente, en el ámbito de los poderes estatales se discute el tema de la salud, y la manera de normar y garantizar un marco legal para la definición de políticas y acciones con apego y atención a las necesidades y acciones particulares que enfrenta cada comunidad, pieza clave del rico mosaico que caracteriza a cada una de las entidades que conforman el país. En este caso, sirva señalar que a pesar de todo este discurso en el que no sólo la descentralización administrativa sino su contraparte política, el federalismo, rechaza el centralismo; la discusión y emisión final de leyes se sigue centralizando en el ámbito de la federación. A las cámaras estatales, en el mejor de los casos, corresponde el envío de propuestas y sugerencias que pueden, o no, ser retomadas y discutidas en la cámara federal de diputados. Las consecuencias refieren la imposición de medidas ajenas a realidades y necesidades específicas, por lo que en este sentido se trata de otro frente desde el que son severamente cuestionadas todas aquellas decisiones en torno a la necesidad de iniciar una descentralización que operativamente nació muerta.

De manera resumida, baste decir que en oposición a lo que en países con una arraigada tradición federalista: donde el camino que ha dado lugar a tal concepto refiere una serie de comunidades cultural, social y económicamente diferentes que deciden convivir a partir de la conformación de un gobierno que respeta sus diferencias; en el caso del proceso que caracteriza a México, asistimos a una descentralización que *nace* y pretende seguir operando desde el centro: *una descentralización centralizada*, cuyas consecuencias y fracasos han sido ya retomados y analizados por quienes realizan acercamientos a lo que son los primeros logros y desencantos de una descentralización que en sí misma parece haberse convertido en un problema, distante de ofrecer soluciones, y más bien en la vía de convertirse en un problema que se suma a los ya existentes.

En el caso de la salud, no sólo médicos, autoridades municipales, o diputados locales (como en el caso que aquí se señala), sino las mismas autoridades mexicanas, reconocen el fracaso de un proyecto descentralizador que viene desde los años ochenta (Ssa, 1985, Ssa, 1998), y del que dos décadas después, sólo se puede hablar en términos de una *recentralización* de los servicios, teniéndose como causa principal de tal comportamiento, el hecho de que aunque el término descentralización fue ampliamente utilizado, nunca supuso el traslado de decisiones importantes, ni la asignación de recursos suficientes para echar a andar la propuesta referente a la descentralización de los servicios sanitarios (Ornelas, 1998), contenida en el programa de reforma del sector salud.

Siguiendo el espíritu con que fueron planteadas las políticas descentralizadoras, resulta prioritario el que se logren tomar las medidas y decisiones adecuadas para que sea realmente en las comunidades, que son las que integran el municipio, donde recaiga el poder de plantear sus propios requerimientos sanitarios y la posibilidad de demandar de la autoridad correspondiente una respuesta en servicios, medidas y atención; acorde no a un diseño burocrático y de oficina, sino a una realidad social que presenta características económicas, políticas y culturales específicas.

Para ello será necesario llegar hasta el fondo de una crítica que ya se lleva a cabo en los círculos académicos y en el ámbito gubernamental, respecto de los errores cometidos en un modelo llamado de descentralización, y en el que desde el centro se confundía una real transferencia de autoridad y de recursos, con la coordinación que era llevada a cabo desde el mismo centro, donde se mantiene el monopolio de la autoridad y los recursos.

El 20 de agosto de 1996 los gobernadores de los 31 estados que integran la República Mexicana, junto con el secretario de salud, firmaron el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los servicios de salud. En el tiempo que lleva vigente este nuevo *programa*, siguen alzándose voces respecto de la operatividad, la idoneidad, y las llamadas ventajas de una manera de administrar la problemática en salud. Ha transcurrido tiempo suficiente como para obtener conclusiones, por lo que no podemos dejar de señalar la confusión con que parece seguir llevándose a cabo el proceso de descentralización de los servicios de salud. Según



algunos de los funcionarios directamente encargados de implementar y coordinar este programa de reforma, subsiste para el caso concreto del Estado de México que es una de las 32 entidades administrativas que conforman el país, el desconocimiento por parte de la misma autoridad municipal de lo que significa la descentralización y su impacto e importancia para las comunidades que administra.<sup>4</sup> Lo que por otro lado, nos lleva a pensar en que, por lo menos en el caso de México, muy poco o nada se ha hecho en investigación que rescate el punto de vista y la actitud de la población frente a una serie de programas que le afectan de manera directa, y en los que se supone tiene un papel central. Se trata, en el último de los casos, de una completa falta de información y de trabajo de sensibilización hacia la ciudadanía, que se deja ver en una limitada participación de la población.

Aquí, es muy importante deslindar lo que entendemos por *participación*, y en particular *participación social*, ya que todo parece indicar que un concepto que tradicionalmente era identificado en términos de las acciones llevadas a cabo por organizaciones sociales o individuales para reivindicar sus necesidades y realizar sus intereses, se ha visto reducido a un conjunto de acciones que la población realiza para el éxito de programas sectoriales, dejando de lado el contexto social que las significa. Puede afirmarse también que la *participación social* (en su versión reducida), implica la descarga de responsabilidades de unos actores sobre otros; la entrega de una responsabilidad pública a la esfera de lo privado, de lo particular.

De acuerdo con la manera en que en México se ha realizado el proceso de descentralización, es claro que desde su origen la medida se ha visto afectada por el manejo de un discurso que parece no corresponder con la forma en que en el ámbito local se ha instrumentado la reforma, limitando los recursos y la capacidad de acción de los municipios (Ornelas, 1998; Olmedo, 2000).

*el antecedente  
del movimiento municipalista  
puede hallarse en 1992  
en la Declaración  
de Santa Fe de Bogotá,  
suscrita por la Conferencia  
Internacional de Promoción  
de la Salud*

Respecto de las experiencias y el trabajo mexicano en torno a la descentralización de los servicios de salud, mencionar que como en gran parte de los países donde ha sido instrumentada, la reforma del sector salud que se lleva a cabo en México ha promovido y desencadenado el surgimiento de una serie de agrupaciones y organizaciones académicas preocupadas por establecer todo un marco conceptual que permita tener las herramientas necesarias para comprender los cambios que la descentralización y la desconcentración del sector han traído consigo. Es importante tener presente que en no pocos

casos, esta necesidad de explicación va fuertemente unida a acciones específicas y concretas que puede llevar a cabo el municipio: como el espacio político y administrativo en que ha recaído la responsabilidad de administrar los servicios de salud que demanda la población.

En el caso particular de México, en 1993 fue creada la primera Red de Municipios de toda la América Latina (Olmedo, 2000). El antecedente de esta iniciativa se encuentra en el movimiento municipalista de 1978 que, derivado de la Conferencia internacional sobre Atención primaria a la salud, sembró la discusión en el ámbito internacional hasta enriquecer y dejar plasmadas sus preocupaciones y objetivos que en 1986 fueron ratificados en la *Carta de Ottawa*. En el caso particular de la región latinoamericana, el antecedente del movimiento municipalista puede hallarse en 1992 en la Declaración de Santa Fe de Bogotá, suscrita por la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud.

<sup>4</sup> Al igual que en la nota número tres, se trata de la postura y del mismo punto de vista de los actores gubernamentales directamente involucrados en el proceso de reforma, y cuya apreciación y reflexión han sido recuperadas para la elaboración de este documento.



Lo que habría que esperar es que este tipo de reflexión, y de acciones conjuntas con la administración de los municipios, pueda tener como fruto la incorporación de mecanismos con un avanzado marco legal y administrativo en los que realmente pueda fundarse tanto una nueva administración, como una renovada concepción de la salud pública. Para ello se requiere una mayor sensibilidad de las autoridades centrales, y también una mayor información a la ciudadanía que con su participación (indispensable), imprima un nuevo rumbo al planteamiento y solución de viejos problemas, y capacidad de enfrentar situaciones y problemas que surgen en el seno de esta sociedad globalizada.

## Consideraciones finales

En este escenario, en el que han quedado trastocadas una serie de relaciones y procesos de índole económica, política y social, se vuelve una exigencia la redefinición de categorías y conceptos; el planteamiento de un paradigma capaz de explicar y ofrecer una comprensión de los enormes cambios que experimenta la sociedad. Una tarea fundamental es la reconceptualización del Estado frente a una sociedad que ha empezado a sentir su ausencia y a hablar de ella, ¿se trata, en este sentido, de un Estado ausente o de un nuevo tipo de Estado sujeto a una lógica y a un planteamiento diferente de aquel que lo caracterizó y definió desde la Posguerra? En términos del trabajo intelectual, supone también reconocer que la realidad ha desbordado esquemas interpretativos acartonados, a los que resulta vacío seguir haciendo referencia, por lo que se impone un gran trabajo de análisis y discusión, a la altura de los cambios que significan y fundan el quehacer científico en las ciencias sociales.

El reto, sin lugar a dudas, para los países situados fuera del llamado desarrollo será el poder conciliar de la mejor manera los grandes cambios y tendencias que marca la economía en el ámbito mundial, con medidas que alentadas por la misma sociedad (desde la problemática que en ella se vive), puedan hacer frente a las leyes del mercado. Así, otra de las grandes interrogantes es saber ¿cómo hacer frente a estas tendencias económicas mundiales, cuando el papel del Estado, como el regulador y redistribuidor social por excelencia, ha venido mermando presencia, funciones, y en general su poder al interior de esta sociedad globalizada?

No es gratuito el hecho de que a últimas fechas en los medios de comunicación impresos y televisivos, y también en trabajos desarrollados por académicos, tengamos conocimiento del importante papel y participación que, en las llamadas sociedades desarrolladas, sigue manteniendo el Estado en ámbitos estratégicos para el desarrollo social; entre los que destacan tanto la salud como la seguridad social.

Un tema que ha merecido una atención importante pero limitada, tiene que ver con las consecuencias que para la salud pública representa la participación del mercado como el espacio al que ahora se transfiere el ofrecimiento de la atención y servicios sanitarios, quedando a cargo de la gestión pública el otorgamiento de un *paquete básico* que limita y atenta en contra del reconocido derecho a la salud de la población que carece de recursos para recibir una atención médica especializada. Como se ha mencionado en este trabajo, la lógica del mercado deja ver que el acceso a la salud queda ahora supeditado a la capacidad económica del *cliente* que, sin recursos, engrosará rápidamente a las estadísticas de morbi mortalidad del país.

Así, es un hecho que como producto de estas medidas se ha empezado a manifestar un comportamiento epidemiológico que nos habla de enfermedades y padecimientos típicos de la pobreza y la marginación. Para el caso, no es gratuito que ya en los años ochenta se empezara a hablar de enfermedades reemergentes, en el sentido de padecimientos que se creía habían dejado de ser una preocupación de la salud pública (OPS, 1994), pero que frente a los ajustes neoliberales que afectaron la ya deteriorada calidad de vida de la población, se vieron reflejados en las estadísticas sanitarias de países como México.



## Bibliografía

Es un imperativo el deslindar un conjunto de ideas que añoran el pasado para situarnos en un momento crucial, donde la recuperación de la presencia del Estado, como un rasgo mismo de la fortaleza de la sociedad, supone también el hecho de que lo público no se agota más en la función y el papel de éste (Cunill, 1997; Cunill y Bresser, 1998), sino que supone nuevos actores y formas de participación al interior de la sociedad (González, 2001).

Pensar el actual proceso de globalización por el que atraviesa la humanidad, nos enfrenta a la discusión entre una postura anclada en el determinismo histórico que nos condena a sufrir invariablemente las consecuencias de un destino económico, y aquella que reconoce el papel y el lugar de la política dentro de cualquier proceso y relaciones sociales; de tal forma que el ser social recupera su capacidad creadora y transformadora ante aquella realidad que cotidianamente construye y de la que forma parte.

- Arellano, David; Enrique Cabrero y Arturo del Castillo (coords.) (2000), *Reformando al gobierno. Una visión organizacional del cambio gubernamental*, México, CIDE/Porrúa.
- Barba Álvarez, Antonio (2000), "Cambio organizacional y cambio en los paradigmas de la administración", *Iztapalapa*, núm. 48, enero-junio, pp. 11-34.
- Beck, Ulrich (1999), *¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización*, Barcelona, Paidós.
- Beriain, Josetxo (1990), *Estado de bienestar. Planificación e ideología*, Madrid, Editorial Popular.
- BM (Banco Mundial de Reconstrucción y Fomento) (1993), *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*, EUA, BM.
- (1996), *World development report 1997. The State in a changing world*, EUA.
- (1998a), *La larga marcha. Una agenda de reformas para la próxima década en América Latina y el Caribe*, EUA, BM.
- (1998b), *Más allá del consenso de Washington. La hora de la reforma institucional*, EUA, BM.
- Camus, Ma. del Rosario (1996), *Las reformas a la ley del Seguro Social y la capacitación para los trabajadores*, Documentos de trabajo núm. 52, México, Fundación Friedrich Ebert.
- Cardozo Brum, Myriam (1998), "El ámbito sectorial. Análisis de la descentralización en el sector salud (1983-1993)", en Cabrero Mendoza, Enrique (coord.), *Las políticas descentralizadoras en México (1983-1993). Logros y desencantos*, México, Porrúa/CIDE.
- Cunill Grau, Nuria (1997), *Repensando lo público a través de la sociedad. Nuevas formas de gestión pública y representación social*, Caracas, CLAD/Nueva Sociedad.
- y Bresser, Pereira Luiz Carlos (1998), "Entre el Estado y el mercado: lo público no estatal", en Cunill Grau, Nuria y Bresser, P. Luiz C. (eds.), *Lo público no estatal en la reforma del Estado*, Buenos Aires, CLAD/Paidós, pp. 25-56.
- Del Castillo García, Rodolfo (1999), "Gobiernos locales y políticas públicas en México. Perspectivas en el nuevo federalismo", *Iztapalapa*, núm. 46, enero-junio, pp. 11-126.
- Dí Gropello, Emanuela y Cominetti, Rossella (comp.) (1998), *La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, Santiago de Chile, CEPAL.
- Estefanía, Joaquín (1997), *La nueva economía. La globalización*, Madrid, Temas de Debate.
- Godue, Charles (1998), "La salud en los procesos de globalización y de internacionalización", en *Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización*, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, pp. 25-45.
- González González, Norma (2001), "La salud. Tema prioritario en la agenda de la transición democrática", en *Proceso electoral 1999-2000. Análisis y perspectivas*, México, IFE/UAEM.



- Guillén Romo, Héctor (1997), *La contrarrevolución neoliberal*, México, Ediciones ERA.
- Gutiérrez Garza, Esthela (1985), "La regulación competitiva como trasfondo del movimiento obrero", en Gutiérrez, E. (coord.), *Testimonios de la crisis 1. Reestructuración productiva y clase obrera*, México, Siglo XXI, pp. 28-65.
- Laurell A., Cristina (1996a), *La reforma contra la salud y la seguridad social*, México, Fundación Friedrich Ebert/ERA.
- (1996b), "La nueva concepción de los servicios de salud", en Mussot L., Ma. Luisa (coord.), *Alternativas de reforma de la seguridad social*, México, Fundación Friedrich Ebert, UAM-Xochimilco.
- (2001), *Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social. Cómo garantizar y ampliar tus conquistas históricas*, México, Planeta.
- Leal, F. Gustavo (2000), *Agenda y diseño de la reforma mexicana de la salud y la seguridad social*, México, UAM-Xochimilco.
- López, Arellano O. (1994), "La selectividad en la política de salud", en Laurell, A. Cristina (coord.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, México, Fundación Friedrich Ebert/UAM, pp. 33-60.
- Mussot L., Ma. Luisa (coord.) (1996), *Alternativas de reforma de la seguridad social*, México, UAM-Xochimilco, Fundación Friedrich Ebert.
- O'Connor, J. (1973), *The fiscal crisis of the State*, Nueva York, EUA, San Martin's Press.
- Offe, Claus (1991), *Contradicciones en el Estado de bienestar*, México, CNCA/Alianza.
- Olmedo, Raúl (2000), *La salud y el municipio*, México, Comuna.
- Ornelas, Carlos (1998), "La descentralización de los servicios de educación y de salud en México", en Dí Gropello, Emanuela y Cominetti, Rossella (comps.), *La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, Santiago de Chile, CEPAL, pp. 187-222.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1994), *Las condiciones de salud en las Américas*, vols. I y II, EUA, OPS.
- Opinión* (2002), "Comités de ayuda mutua, impulsores de la salud", *Opinión*, 30 de junio, p. 14. México.
- Osborne, David y Gaebler, Ted (1994), *Un nuevo modelo de gobierno. Como transforma el espíritu empresarial al sector público*, México, Gernika.
- Osorio, Jaime (1997), *Despolitización de la ciudadanía y gobernabilidad*, México, UAM.
- Procacci, Giovanna (1999), "Ciudadanos pobres, la ciudadanía social y la crisis de los Estados del bienestar", en García, Soledad y Lukes, Steven (comps.), *Ciudadanía: justicia social, identidad y participación*, Madrid, Siglo XXI.
- Ramírez, Berenice y Arancibia, Juan (1999), *Seguridad social, reformas y retos*, México, Porrúa/ IIE-UNAM.
- Rodríguez, Joseph A. y de Miguel, Jesús M. (1990), *Salud y poder*, Madrid, CIS/Siglo XXI.
- Sánchez, Bayle (1998), *Hacia el Estado del malestar. Neoliberalismo y política sanitaria en España*, Madrid, Los libros de la catarata.
- Ssa (Secretaría de Salud) (1985), *Descentralización municipal*, Cuadernos de descentralización núm. 4, México, Ssa.
- (1990), *Plan Nacional de Salud 1990-1994*, México, Ssa.
- (1994), *Programa de reforma del sector salud 1995-2000*, México, Ssa.
- (1998), *Lecturas básicas. Serie para promover la salud en el municipio*, núm. 2, México, Ssa.
- Starr, Paul (1991), *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*, México, FCE/Ssa, (Biblioteca de la Salud).
- Suárez-Iñiguez, Enrique (1993), *De los clásicos políticos*, México, UNAM/Porrúa (Colección Las Ciencias Sociales).



- Universal, El* (2002), "Arrancará en breve el Seguro Popular de Salud, dice Fox", *El Universal*, 23 de octubre, México.
- Vega, Franco Leopoldo (2000), *La salud en el contexto de la nueva salud pública*, México, UNAM.
- Vilas, Carlos M. (1996), "Después del ajuste: la política social entre el Estado y el mercado", en Vilas, Carlos M. (coord.), *Estado y políticas sociales después del ajuste*, Caracas, Nueva Sociedad, pp. 9-29.
- Villarreal, René (1993), *Liberalismo social y reforma del Estado. México en la era del capitalismo posmoderno*, México, Nafinsa/ FCE (Colección Nueva Cultura Económica).
- Weber, Max (2001), *¿Qué es la burocracia?*, México, Ediciones Coyoacán (Sociología).