

A POLÍTICA DE SALUD EN MÉXICO

La década pérdida de los ochenta

19

Catalina Eibenschutz*
Oliva López Arellano*
Arturo Benigno**

La atención médico-sanitaria en México ha tenido un desarrollo diferente a otros países de América Latina, a causa, entre otras cosas de la separación entre el Estado y la iglesia durante la Reforma en el siglo XIX. A partir de ese momento, el Estado mexicano se hace cargo con mayor o menor eficiencia de la salud de la población, el proceso revolucionario de 1910 refuerza esta responsabilidad. Durante el período cardenista se desarrollan modelos de atención a la salud con participación de la población; es en este período justamente, cuando la política sanitaria se transforma en un instrumento de construcción de la hegemonía del Estado mexicano.¹

La intervención directa del Estado mexicano en la producción de servicios médicos conduce a la organización de varios sistemas de atención médico-sanitaria de carácter clasista, que para la década de los 70 se expresa en mosaico institucional con dos subsectores clara-

*Profesor-investigador de la maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana y miembro del Centro de Estudios en Salud y Política Sanitaria.

**Miembro del Centro de Estudios en Salud.

¹Eibenschutz C. "Hegemonía y Salud en el Estado mexicano". *Revista Mex. de Ciencias Políticas y Sociales* No. 106, oct-dic 1981 UNAM, México.

mente diferenciados: el subsistema de atención a población abierta y el de seguridad social, resultado de las necesidades económicas y políticas del Estado y del conflicto de clases en la sociedad mexicana.² Las principales instituciones de salud en este momento son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salud (SS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y los Servicios Médicos de la Secretaría de Defensa Nacional. Estas instituciones públicas coexisten con la atención médica de carácter privado, que para 1970 representan sólo un 15 por ciento de los servicios médicos.³

En los ochenta, los problemas estructurales de la economía mexicana en un contexto de crisis mundial, de endeudamiento externo de los países de capitalismo periférico — especialmente de América Latina— y de caída de los precios internacionales del petróleo, profundizan la crisis en México presente desde la década anterior. Para remontar este período crítico, el sector de la tecnoburocracia en coincidencia con algunas fracciones de la burguesía, plantea un proyecto neoliberal de reordenación económica y política que entraña una redefinición del papel del Estado.

El modelo neoliberal

El neoliberalismo plantea centralmente disminuir la intervención estatal, liberar las fuerzas del mercado, reconocer que la empresa privada es la responsable de dinamizar y desarrollar la economía, en definitiva “adelgazar el Estado”. Para ello, se hace aparecer al Estado como ineficiente, el gasto social como improductivo y ambos responsables del endeudamiento externo, se crea así una imagen que deja como única salida para enfrentar la deuda externa y la crisis económica, la “modernización” de la sociedad y del Estado a través de privatizar y desregular.⁴

El gobierno de Miguel de La Madrid, (82-88) adopta estos planteamientos coincidiendo con los dictados del Fondo Monetario Internacional (FMI) y se propone transformar las tareas del Estado mediante la actividad legislativa, la venta de empresas paraestatales, el cambio del discurso político, la aparición en la escena pública de las organizaciones empresariales privadas, la disminución del gasto público con objeto de garantizar el pago de la deuda, la reducción sustancial del gasto social y la depresión salarial como única medida para controlar la inflación. En este período, los trabajadores sufren una pérdida del poder adquisitivo del salario de un 60 por ciento, las empresas en poder del gobierno disminuyen de 1 155 en 1983, a sólo 399 en 1989.⁵ Todas estas medidas de carácter neoliberal se consideran la garantía mínima para la “democracia” económica, el crecimiento y la salida de la crisis.

Durante este sexenio, el contenido del discurso gubernamental incorpora conceptos como “eficiencia”, “racionalidad”, “optimización de recursos”, “modernización” y abandona progresivamente las referencias a la revolución, a los derechos agrarios, a la justicia social. Se abre el campo a la inversión extranjera, se firma el acuerdo del GATT y se inicia la discusión sobre la reforma de la Ley Federal del Trabajo.

Mientras que el sexenio de Miguel de la Madrid constituye un período de transición que sienta las bases para la redefinición del Estado, la política de Salinas de Gortari (1988 a la fecha) profundiza este proceso y adopta “a conciencia” las tesis neoliberales en un contexto de profunda crisis política cuya expresión más clara es la elección presidencial del 6 de julio de 1988. Así, el sexenio salinista profundiza las medidas de corte neoliberal, avanza velozmente en el proyecto modernizador y trata de enfrentar la crisis política mediante un discurso “democrático y solidario”.

²López Acuña D. *La salud desigual en México* Ed. Siglo XXI. México 1980.

³*Ibid.*

⁴Suárez, F. “Políticas gubernamentales de privatización y desregulación”. *Revista Argumentos* No. 8, UAM-X, México, octubre de 1989 pp. 21-30.

⁵*Ibid.*



En materia de política social, la tendencia al desmantelamiento del Estado benefactor se expresa a nivel del gasto público en una drástica disminución del gasto social. No obstante, el Estado se ve obligado a mantener ciertas políticas sociales racionalizando los recursos, abaratando los costos y simplificando aún más la prestación de los servicios, como una manera de legitimarse en un proceso de acumulación capitalista de grandes contradicciones.

La contradicción existente entre la necesidad de adelgazar y refuncionalizar al Estado de modo que se corresponda con el proyecto modernizador y, al mismo tiempo, preservar ciertas políticas sociales, conduce a una propuesta eficientista y modernizadora de la propia política social.⁶

La política de salud en México

La política sanitaria que había conducido históricamente al mosaico de instituciones públicas de salud, también sufre transformaciones sustanciales al adoptarse el modelo neoliberal; dichas modificaciones se sustentan en una gran actividad legislativa. Entre los cambios legales más importantes se puede mencionar la reforma del Art. 4º Constitucional y la aprobación de la Ley General de Salud, que entra en vigor en julio de 1984.

La contradicción existente entre el aumento de costos para la atención médica, el decremento del presupuesto asignado al sector y la necesidad de legitimación del Estado mexicano, responsable aún de una gran parte de la prestación de servicios médico-sanitarios conducen, en 1983, a una propuesta de Sistema Nacional de Salud (SNS). Este proyecto, caracteriza el periodo de M. de la Madrid en materia de salud e incorpora el discurso racionalizador y modernizante característico del nuevo modelo económico.

⁶López Arellano, O. "La política de salud en México (1982-1988). Una visión crítica". Tesis de grado. Maestría en Medicina Social. UAM-X. México, 1990.

La propuesta del SNS se lleva a cabo por medio de cinco estrategias: 1) modernización administrativa, 2) sectorización, 3) coordinación intersectorial, 4) descentralización y, 5) participación comunitaria.⁷

Los planteamientos iniciales sobre SNS mantenían una coherencia de concepción y objetivos. Sin embargo, el desarrollo de sus componentes fue extremadamente desigual. Este documento plantea la evaluación del SNS por medio de tres ejes analíticos (descentralización, gasto en salud y privatización) que permiten mostrar el avance neoliberal en la política sanitaria. También, por razones de análisis, se diferencia el sexenio de M. de la Madrid y la gestión de Salinas de Gortari, pues aunque comparten el mismo proyecto presenta algunas variantes.

Política sanitaria en el gobierno de M. de La Madrid (1982-1988)

a) Descentralización de los servicios de salud

22

Antes de la propuesta de SNS, que se inicia —explícitamente— en 1983, se atribuían las diferencias e inequidades en la prestación de servicios a la ausencia de una entidad rectora que coordinara las acciones de las instituciones públicas y de los sectores privado y social. Esta situación se traducía “en una calidad heterogénea en la cobertura, en costos diferentes en la prestación de servicios, y en un inadecuado aprovechamiento de los recursos disponibles”.⁸

El propósito fundamental del SNS consistía en “tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad... (para) mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rezagados y los grupos más vulnerables... (con base en un) crecimiento demográfico concordante con el desarrollo económico y social del país... (y) promover la protección social”.⁹

Las reformas jurídicas que se promueven a partir de 1983, distribuyen la competencia entre la federación y los estados, establece la transferencia de facultades en materia de salud pública, asistencia social y atención médica y sientan las bases para la transformación gradual de los servicios que presta la Secretaría de Salud. Se dispone que los servicios de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia y los del Programa IMSS-COPLAMAR, se descentralicen para integrarse orgánicamente en los servicios de salud de los estados, bajo la responsabilidad operativa de los gobiernos estatales y que la SS se constituya en una dependencia normativa, de supervisión, programación y evaluación.¹⁰

Sin embargo, a pesar de que la estrategia de descentralización fue importante para la consolidación del Sistema Nacional de Salud, se limitó a las instituciones que atienden a población abierta (sin seguridad social) y según datos oficiales, sólo 14 estados finalizaron la etapa de integración orgánica y desconcentración operativa, por lo que este proceso quedó inconcluso. En estos estados, desaparecieron Los Servicios Coordinados de Salud Pública y el Programa IMSS-COPLAMAR, con la consecuente creación de dependencias estatales responsables de los servicios.¹¹

La descentralización como un proceso vertical decidido en el centro e impuesto a los trabajadores, a los usuarios e incluso a los gobiernos estatales; el traslado de responsabilidades de la Federación a los estados sin el apoyo financiero y técnico y el rápido deterioro de los servicios de salud en un proceso de esta naturaleza, generó la oposición de algunos go-

⁷Valdez O. Cuauhtémoc. y col. Sistema Nacional de Salud. Avances y perspectivas. *Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia*, No. 7 México 1984 pp. 21-34.

⁸*Programa Nacional de Salud 1984-1988*. Poder Ejecutivo Federal. Síntesis Ejecutiva. México, 1983.

⁹*Ibid.*

¹⁰*Diario Oficial de la Federación*, 8 de marzo de 1984.

¹¹Soberón, G., J. Kumate y J. Laguna (Compiladores). *La salud en México: Testimonios, 1988. El cambio estructural*. Tomo I, FCE, México, 1988.

biernos locales.* Además, como se demostró posteriormente, esta forma de llevar a cabo la descentralización no promovió por sí misma la democratización del sector salud.

A lo largo de 7 años, la integración funcional de los servicios de salud no ha podido resolver ni siquiera los problemas administrativos que afectan al sector, dado que las medidas de coordinación resultaron insuficientes para modificar las tendencias de desarrollo de las diversas instituciones sanitarias, lo que se ha traducido en que las diferenciales de recursos y servicios se mantengan y, en algunos casos, se profundicen.

Otra consecuencia negativa de la descentralización fue el desmantelamiento de programas de control de enfermedades y de medidas puntuales de intervención epidemiológica. El deterioro de la salud producto de la crisis fué potenciado por el desmantelamiento de programas y servicios.¹²

La presión sanitaria puede ser ejemplificada con el incremento en la incidencia de paludismo, de infecciones respiratorias agudas, de infecciones intestinales y de neumonías; con el riesgo potencial de una epidemia de dengue hemorrágico, con la epidemia de sarampión de 1989 y 1990, con la imposibilidad de erradicar la poliomielitis paralítica para este año, con el incremento en la mortalidad por desnutrición en preescolares y con la profundización de las diferenciales de salud entre grupos y regiones.¹³

b) Gasto ejercido por el sector salud

Los recursos asignados al sector salud¹⁴ son otro ejemplo para mostrar el impacto del modelo neoliberal. El análisis de los objetivos explícitos de la política de salud en este período, a la luz de los recursos financieros gastados en su operación muestra las contradicciones que el discurso de la "modernidad sanitaria" no explicita, pero que los hechos señalan tericamente.

Entre los principales objetivos del SNS se destacan: a) ampliar la cobertura de los servicios de salud, dando prioridad a los núcleos rurales y urbanos más desprotegidos; b) homogeneizar y elevar la calidad en la prestación de los servicios de salud y, c) proporcionar servicios de salud (de calidad) a toda la población, atendiendo sobre todo problemas prioritarios, con especial énfasis en las acciones preventivas.

Los recursos financieros asignados por el gobierno al sector salud, presentan en el período 1982-1988 una tendencia descendente, que hace imposible el cumplimiento de estos objetivos y pone en entredicho la supuesta prioridad que la salud tiene dentro de el proyecto modernizador mexicano.

En este período (1982-1988), disminuye (de 2.2 por ciento a 1.6 por ciento la participación del gasto en salud y seguridad social como proporción del Producto Interno Bruto. Desciende la participación del gasto en salud de 4.3 por ciento a 3.0 por ciento del total del financiamiento, del sector y disminuye el gasto en salud *per cápita* (de \$275.07 a \$186.97).*

* Como ejemplo se puede citar que en el estado de Michoacán, el gobierno de Cuauhtémoc Cárdenas (1980-1986) se opuso abiertamente a la descentralización de los servicios de salud, ya que las etapas iniciales del proceso generaron un deterioro de los programas de atención médica, que fué percibido como un problema político lesivo para su gestión.

¹²López Arellano, O. *Op. cit.*

¹³El deterioro epidemiológico de la década de los ochenta se encuentra documentado en: Blanco Gil, J. y O. López Arellano. "De la transición epidemiológica a la epidemiología de la crisis". En: *La Política Sanitaria Mexicana en los Ochenta*. Coedición CES-Fin de Siglo, México, 1990 y en Blanco Gil, J. y O. López Arellano. "Política de salud e impacto epidemiológico". *Rev. Salud-Problema* No. 20, UAM-X, México, 1990 (en prensa).

¹⁴La información que se refiere a gasto en salud, coberturas y deterioro de los programas de control de enfermedades se tomó de: Blanco J., López O y Córdoba, G.: "Contribución al análisis del sexenio 1982-1988. Salud y Seguridad Social". Grupo de Estudios en Salud, México, septiembre de 1988, y Vásquez S. y col. "Estructura y evolución del gasto en salud, 1982-1987". *Revista Salud-Problema* No. 15, México 1988.

*Este dato se refiere a pesos de 1970, deflactados con base en los índices del Banco de México y la SPP.



Se reduce —también— el presupuesto destinado a financiar los sistemas de atención a población abierta (de 21.6 por ciento a 17.5 por ciento del gasto sectorial) y decrecen los recursos estatales para apoyar el 2o. y 3er. nivel de atención (que pasan de 53.9 por ciento a 44.9 por ciento del gasto destinado a los servicios de atención curativa).

En 1980, el programa de atención preventiva recibe el 5.2 por ciento del gasto ejercido por las principales instituciones públicas de salud; para 1988, la proporción desciende a 5.0 por ciento, e igual proceso siguieron los programas de investigación, saneamiento básico y formación y desarrollo de recursos humanos.

En el período 1980-1982 se edificaron 2 102 unidades y oficialmente se reportó un incremento de la cobertura de 11.7 millones de habitantes mientras que entre 1983-1985 sólo se construyeron 1 234 unidades de salud.¹⁵

En resumen, podría afirmarse que además de la reducción global del presupuesto del sector, que dificulta la ampliación de la cobertura y la homogeneización y elevación de la calidad de los servicios, se impactó negativamente a las instituciones que atienden a población sin seguridad social, así como, a los programas de prevención y promoción de la salud (ej. los programas de control del paludismo y de enfermedades prevenibles por vacunación) y el desarrollo de infraestructura, en contradicción abierta con los objetivos planteados por la política declarativa.

Otro de los objetivos planteados por la política sanitaria fué modificar —homogeneizando— las tendencias de desarrollo de las distintas instituciones de salud. El gasto por institución ejemplifica lo contrario, no sólo no se modificaron las tendencias sino que las diferenciales se mantuvieron y se profundizaron:

El Instituto Mexicano del Seguro Social ejerció en 1980, el 65.4 por ciento del total de los recursos asignados al sector salud, la Secretaría de Salubridad y Asistencia ejerció el 18.7 por ciento; el ISSSTE, el 13.6 por ciento y el Programa IMSS-COPLAMAR, 2.3 por ciento.

¹⁵Ochoa, M. "Política de gasto en el sector salud (1977-1986)". En Almada, I. (Coordinador). *Salud y Crisis en México*. Ed. Siglo XXI editores, México, 1990.

Para el año de 1988, la proporción del gasto ejercido por el IMSS, en el total sectorial aumentó al 67.6 por ciento en tanto que el ISSSTE y el Programa IMSS-COPLAMAR mejoraron ligeramente su participación al pasar a 14.1 y 2.4 por ciento, respectivamente. En cambio, la Secretaría de Salud retrocedió a 16.4 por ciento.

**Proporción del gasto sectorial y de la cobertura por institución
México, 1980-1988**

Institución	1980		1988	
	Gasto %	Cobertura (*) %	Gasto %	Cobertura (*) %
IMSS	65.4	43.2	67.6	47.2
SSA	18.7	38.7	16.4	29.5
ISSSTE	13.6	8.8	14.1	10.0
IMSS-COPLAMAR	2.3	9.3	2.4	13.3
	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Blanco Gil, J. y col. "Contribución al análisis del sexenio 1982-1988. Salud y Seguridad Social". Centro de Estudios en Salud, México, septiembre de 1988, documento fotocopiado. (*) Cobertura de 1980: Plan Global de Desarrollo, SPP, México, 1980. Cobertura en 1988: Informe de Gobierno. Poder Ejecutivo Federal, México, 1989.

En lo político, el no haber considerado el poder real de cada una de las instituciones, dificultó la integración y consolidación del Sistema Nacional de Salud. La redefinición de los grupos de poder dentro de la burocracia del sector salud, confrontó a las cúpulas del IMSS y de la SS principalmente.¹⁶

c) Privatización de la atención médica

Parte central de la modernización sanitaria es la privatización de los servicios de salud, que se ha hecho en forma indirecta y no abierta. Como ejemplo se pueden citar: la transformación de los Institutos Nacionales en empresas paraestatales dirigidos por patronatos financiados parcialmente por fundaciones privadas, la venta a particulares de la mayoría de las acciones de la Gerencia General de Producción de Biológicos y Reactivos, el proceso de desincorporación de actividades "no sustantivas" que el IMSS está promoviendo: reducción de las acciones de control de la calidad de medicamentos, concesión a particulares de los servicios de mantenimiento y limpieza y la venta de los centros recreativos y deportivos.

La política, inscrita en la estrategia tendiente al "adelgazamiento" del Estado, se concreta en la progresiva desaparición de la intervención estatal en la producción de bienes y servicios, dejando ésta al libre juego de las fuerzas del mercado. Este modelo económico profundiza la concentración regresiva del ingreso y excluye a grandes grupos de población de servicios de salud de calidad.

Las tendencias que profundizan la inequidad y la exclusión de grandes grupos se intensifican en el sexenio de Carlos Salinas de Gortari: las instituciones que prestan servicios a la población sin seguridad social, atienden —por medio de servicios masificados y de bajo costo, que no garantizan sino parte de la atención de primer nivel— a los grupos marginados rurales (IMSS-Solidaridad) y urbanos (SS). En "compensación", son estos grupos a los que se dirigen los programas de autocuidado y de educación para la salud.¹⁷

Los grupos de población que ocupan lugares críticos en la producción y en los servicios —por ejemplo, trabajadores petroleros y empleados bancarios— acceden a una atención es-

¹⁶López Arellano, *op. cit.*

¹⁷Kumate, J. Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud. Trabajo presentado en la Reunión del Gabinete de Bienestar Social del 5 de enero de 1989, México.



pecializada, en cuya organización se entrecruzan los servicios de la medicina privada con la alta especialidad de los centros médicos e institutos públicos. Este proceso de diferenciación se ha profundizado en los últimos años por el impacto negativo que la reorganización productiva —producto del nuevo patrón de acumulación— ha tenido sobre la estructura y capacidad defensiva de la clase trabajadora mexicana.

La política sanitaria del salinismo

La política social y de salud del salinismo, se basa en el supuesto éxito del modelo económico neo-liberal y particularmente en la renegociación de la deuda externa. De acuerdo con esto, se reducirá sustancialmente el monto de los recursos necesarios para cubrir el servicio de la misma, retornaría una gran parte de los capitales fugados y se incrementaría la inversión extranjera. Al aplicar los recursos ahorrados y los capitales “frescos” a la economía, se generarían empleos remunerados, y, por esta vía, se sustentaría la ampliación de los servicios sociales.

Con base en estos supuestos la política sanitaria se centró, durante la campaña y la formulación del Plan Básico de Gobierno, en la consolidación del Sistema Nacional de Salud, la descentralización de los servicios, la coordinación intersectorial para mejorar las condiciones de bienestar, la ampliación de la cobertura de los servicios, el desarrollo de la atención primaria, el desenvolvimiento de la investigación científica y el aprovechamiento óptimo de la capacidad instalada.

A 18 meses de haberse iniciado la administración salinista, y ante el relativo fracaso de la renegociación de la deuda, el insuficiente retorno de los capitales del exterior y la escasa disposición del capital extranjero y nacional para invertir en México, en política de salud se han pospuesto los compromisos para consolidar, el SNS, avanzar en la descentralización y desarrollar la investigación científica, entre otros.

En cambio, se insiste en la reinterpretación de la prevención de las enfermedades, que se basa en culpar a los individuos y a las familias del deterioro de su salud a causa de sus

hábitos y modos de vida. Igualmente, se reinterpreta a la atención primaria y a la participación popular en salud, trasladando los costos y la responsabilidad a la población, bajo el paradigma del "autocuidado de la salud" y los "mecanismos novedosos" para el financiamiento de los servicios,¹⁸ que han fortalecido la multiplicación de los seguros médicos privados. Finalmente, se trata de responder ante los problemas de salud causados por la extrema pobreza y la resultante inestabilidad social, con la aplicación selectiva del Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) que, ante todo, tiene propósitos clientelares y sirve para legitimar la figura presidencial.

La situación real de deterioro de los servicios públicos de salud, ha sido aprovechada por algunos sectores gubernamentales y privados para orquestar una campaña de desprestigio hacia las instituciones sanitarias, con el objeto de crear un clima ideológico propicio para la privatización de los servicios médicos (p.e. la serie de televisión que documenta la precariedad de los servicios de salud en México, en donde al final aparece el logotipo de un seguro privado).

En esta lógica, se propone a la iniciativa privada, la nada despreciable empresa de completar el esquema de servicios desarrollando el segundo nivel y tercer nivel con servicios hospitalarios "accesibles", en condiciones de atractiva rentabilidad. El crecimiento de los seguros médicos privados, como plataforma financiera para la expansión de las instituciones privadas y los reclamos de la Cámara de Hospitales Privados para el establecimiento de una política de subrogación y de compra de medicamentos a precios preferenciales, son buen ejemplo de una nueva lógica en el sector.¹⁹

No extraña pues, que ya se dejen escuchar iniciativas explícitas de privatización: la Asociación Nacional de Industriales de la Transformación (ANIT), ha propuesto como medidas para la reactivación del mercado interno y la liberación del mercado de la fuerza de trabajo, que se eliminen las prestaciones que se integran al salario diario de los trabajadores. Con esta medida, se argumenta, que el salario mínimo se incrementará 2 ó 3 veces —lo cual es falso, pues las cuotas del seguro social sólo representan el 21.5 por ciento de los salarios— y la "libre demanda" por servicios generaría un fuerte dinamismo en el mercado interno.

Esta "activación" del mercado interno posibilitaría la formación de una especie de seguro médico —muy al estilo de los seguros privados norteamericanos— y alentaría el desarrollo de empresas médicas, seguramente asociadas al capital transnacional. Máxime ahora que los controles para regular la inversión extranjera prácticamente han desaparecido.

En este marco, es posible imaginar una progresiva competencia de la iniciativa privada con el sector público en la atención médica, transformando el modelo actual de la seguridad social en un modelo de atención médica en donde la subrogación de servicios es creciente.

El auge que están cobrando los seguros médicos privados y la amenaza de varios sindicatos de desafiliarse masivamente del IMSS y contratar sus propios seguros, se inscriben en el proceso de deterioro de los servicios públicos y en el supuesto (reforzado desde los sectores oficiales) de que servicio privado es sinónimo de eficiencia y calidad.

La reciente discusión pública entre diversos grupos de la iniciativa privada, para privatizar los servicios del IMSS parcialmente, las declaraciones de los Directores Generales del IMSS y del ISSSTE al respecto de la privatización de las pensiones y jubilación de sus asegurados mediante nuevas formas de capitalización de las cuotas, la venta a la iniciativa privada de algunas instalaciones deportivas del IMSS, se suman a las evidencias sobre el avance rápido de la tendencia privatizadora en el sector salud. Esta tendencia no se expresa en el dis-

¹⁸Un antecedente notable de las propuestas de modernidad y financiamiento se encuentra en: Frenk, J. "Las oportunidades de la reconstrucción". Revista *Nexus* No. 96, México, diciembre de 1985. Una propuesta global y más reciente de redefinición del financiamiento se encuentra en: "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma". Banco Mundial. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 103, No. 6 (especial), Washington, diciembre de 1987.

¹⁹Eibenschutz, C., O. López Arellano, G. Córdova y López. "La política sanitaria mexicana en los ochenta". En: *La política sanitaria mexicana en los ochenta*; Coedición CES-Fin de Siglo, México, 1990.

curso sanitario con la claridad que se utiliza en el discurso neoliberal de la política económica, pero no es por ello menos real.

La tendencia de un modelo de seguridad social de esta naturaleza se concretaría en una negociación individual entre sindicatos fuertes y grandes empresas (capaces de contratar seguros colectivos privados), la progresiva desaparición del carácter tripartita de la seguridad social mexicana, la progresiva desaparición de la presencia estatal también en este sector, con la consecuente exclusión de la seguridad social de grandes grupos de trabajadores.

En este proceso, se favorecería la emergencia de pequeños grupos privilegiados de trabajadores que pueden acceder a un servicio médico de alta calidad y grandes sectores de la población (subempleados, trabajadores eventuales) que serán totalmente excluidos de los servicios de salud y de la seguridad social. Por no hablar de los millones de mexicanos que hoy no tienen acceso a servicios permanentes de atención médica y mucho menos a seguridad social.

En resumen, se puede afirmar que dentro del proyecto salinista la salud de la población no es prioritaria; se está dejando al libre juego de la oferta y la demanda, esperando que el modelo económico neo-liberal la "regularice". En tanto, se interviene puntualmente en los problemas severos o situaciones conflictivas. La política de salud se transforma, por esta vía, en una política selectiva, de acciones focalizadas y de bajo costo, con un progresivo retraimiento del Estado en la producción de servicios de salud y con una mínima inversión estatal.

De nada vale enarbolar el aumento del 25 por ciento para 1990 al presupuesto autorizado a las instituciones del sector salud en relación al gasto ejercido en 1989. (Ver cuadro anexo). Este aumento es solo nominal pues se construyó sobre el supuesto de que la inflación anual sería del 15 por ciento. En el primer semestre de 1990, ya se reconoce que la inflación superó la previsión anual, con lo cual el aumento quedará no solo anulado, sino rebasado. Además, se deja de lado el hecho de que aun con el aumento, el nivel del gasto en atención médica y sanitaria para 1990, nos remite históricamente a la situación de 1965. *De facto* se registraría un retroceso de 25 años.

No está de más señalar que los hechos antes descritos, se están desarrollando en medio de un ambiente represivo, anti-democrático y carente del más elemental sentido de autocrítica al que contribuye, sin lugar a dudas, la falta de información, el ocultamiento sistemático de problemas epidemiológicos y el empeoramiento de las condiciones de salud de la población. Como contraparte, se asiste a una campaña permanente de desinformación, que utiliza los medios masivos de comunicación para magnificar las versiones oficiales.

En definitiva, se puede afirmar que el modelo económico adoptado por el Estado mexicano, se expresa en un modelo neoliberal de la atención médico-sanitaria, donde el sector público reconoce su incapacidad para gestionar los servicios de salud y deja espacios —antes regulados por el Estado— al libre juego del mercado, que, aparentemente, garantiza una mayor eficiencia aún a costa de aumentar la inequidad. Se evidencia claramente una decisión política de "sanear" la economía, a pesar de que esto implique mantener y profundizar la desigualdad. En los hechos, se expresa un proyecto de desarrollo capitalista "moderno" para el que sobran millones de mexicanos.

La esperanza aceptada por algunos en el sentido de que la modernización del Sector Salud permitiría alcanzar mejores niveles de salud y disminuir la inequidad, se esfuma ante los datos señalados y los estragos producidos por el repunte en la incidencia de enfermedades anteriormente controladas, por ejemplo: sarampión, paludismo y tuberculosis.²⁰

Julio 1990

²⁰Ver referencia No. 13.

Gasto (*) ejercido en 1989 y autorizado para 1990 en programas de salud. Sector salud, México, 1990.

<i>Institución</i>	<i>Gasto corriente</i>			<i>Gasto de Inversión</i>			<i>Gasto total</i>		
	<i>1989</i>	<i>1990</i>	<i>%</i>	<i>1989</i>	<i>1990</i>	<i>%</i>	<i>1989</i>	<i>1990</i>	<i>%</i>
Secretaría de Salud	1 685.9	2 082.0	23.5	153.2	224.8	46.7	1 839.1	2 306.8	25.4
IMSS-Solidaridad	152.3	180.9	18.7	18.9	28.8	52.3	171.2	209.7	22.5
IMSS	5 820.7	7 258.1	24.6	336.9	419.9	24.6	6 157.7	7 677.1	24.6
ISSSTE	909.4	1 091.5	20.0	37.3	154.1	313.1	946.7	1 245.6	31.5
Total	8 568.3	10 611.5	23.8	546.3	827.6	51.5	9 114.7	11 439.2	25.5

(*) Miles de millones de pesos.

Fuente: Gasto en 1989: Cuenta de la Hacienda Pública Federal. SPP.

Gasto autorizado para 1990: Presupuesto de Egresos de la Federación. SPP, México, 1990.

