

Políticas del Sector Salud Mexicano (1980-2004): Ajuste Estructural y Pragmatismo de las Propuestas Neoliberales

Mexican Health Sector Policies (1980-2004):
Structural Adjustment and Pragmatism
in Neoliberal Proposals

Eduardo L. Menéndez¹

¹ *Antropólogo Social, especializado en problemas de Antropología Médica. Coordinador del Seminario Permanente de Antropología Médica. CIESAS, México. emenendez@yahoo.com.mx*

RESUMEN En este trabajo se describen y analizan las políticas de salud impulsadas en México durante el período 1980-2004 por los sectores neoliberales (descentralización, reducción del gasto en salud, atención primaria selectiva, mercantilización de la salud, privatización de los servicios de salud) para observar cuál ha sido la trayectoria de dichas políticas dentro de un contexto caracterizado por el incremento de la pobreza y las desigualdades socioeconómicas. De nuestro análisis surge que dichas políticas se caracterizan por su notable continuidad, sus adaptaciones coyunturales y, especialmente, por el pragmatismo social, ideológico y político puesto de manifiesto en el uso y apropiación que los funcionarios y ejecutivos neoliberales hacen constantemente de los conceptos y propuestas desarrollados por las tendencias médicas y sociales críticas.

PALABRAS CLAVE Política de Salud; Servicios de Salud.

ABSTRACT *In this paper we describe and analyze health policies impelled in Mexico during 1980-2004 (decentralization, health expenses reduction, selective primary health care, health services privatization) by neoliberal sectors. We describe the trajectory of these policies in a context characterized by poverty increase and socioeconomic inequalities. This analysis shows that these policies are characterized by their strong continuity, their adaptability, and in particular their social, ideological and political pragmatism. The latter is evident in the use and appropriation by neoliberal functionaries and executives of concepts and proposals developed by medical and social critical approaches*

KEY WORDS *Health Policy; Health Services.*

En este trabajo analizaré los principales procesos de continuidad/discontinuidad que se han dado en el Sector Salud (SS) mexicano durante la década del '90 y principios del 2000, en comparación con lo ocurrido en la década del '80. Como sabemos, durante dicho lapso cobraron hegemonía en América Latina las políticas denominadas neoliberales, lo cual supuso, según algunas interpretaciones, una modificación radical respecto de las orientaciones económico/políticas, incluidas las políticas sectoriales, dominantes hasta entonces. Pero además, en el caso mexicano, durante el año 2000 el Partido Revolucionario Institucional (PRI), que había gobernado el país durante setenta años, fue reemplazado en el poder mediante elecciones, creando fuertes expectativas de cambio, especialmente en determinados aspectos políticos, incluidos los referidos al Sector Salud. Es en función de ello que me interesa analizar durante el lapso señalado las características y la trayectoria de las principales políticas de salud implementadas, y cuáles fueron los objetivos que dichas políticas consiguieron a través de sus propuestas. También, observar si el cambio de gobierno, que gran parte de los analistas políticos consideraban como una transición entre una especie de "dictadura de partido" y la instauración de un proceso realmente democrático, generó modificaciones sustantivas no sólo en las orientaciones técnico/políticas del Sector Salud, sino en el desarrollo de toda una serie de procesos sociales vinculados al impulso de las políticas de salud.

Un análisis integral del lapso señalado debería incluir la descripción de las políticas y actividades desarrolladas por el Sector Salud (SS), así como su impacto en la tendencia de los daños a la salud. Debería incluir además no sólo la trayectoria del Sector Salud oficial, sino también el papel de la sociedad civil respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención (proceso s/e/a). Pero dado el espacio disponible, centraremos nuestro análisis en la trayectoria de las políticas y actividades del Sector Salud.

LA CRISIS, ¿COMIENZA EN LOS '80?

Durante los años '80 y '90 observamos un proceso económico/político caracterizado por

el bajo crecimiento económico, la persistencia y profundización de las desigualdades socioeconómicas, la concentración cada vez mayor de la riqueza en un pequeño sector de la sociedad, y la expansión de la situación de pobreza y extrema pobreza que llevaron a hablar de las dos nuevas décadas perdidas. Y pese a que hubo algunos años de recuperación, especialmente durante los '90, sin embargo no se alteró la orientación señalada (1,2). Si bien varios rasgos de esta situación se observan ya en los años '70, se profundizan a partir de 1982/83 dando lugar a la elaboración y aplicación de políticas generales y sectoriales denominadas "de ajuste", que trataron de revertir la orientación dominante y que con ciertas modificaciones se han mantenido hasta la actualidad (a).

Al analizar estos procesos, es necesario recordar que las propuestas neoliberales de ajuste se desarrollaron dentro de un contexto nacional e internacional en el cual se venían generando críticas desde muy diferentes sectores político/ideológicos, que cuestionaban la trayectoria y consecuencias de las políticas populistas, socialistas de estado e incluso de las socialdemócratas. Debemos recordar que durante los años '60 y '70 se desarrolla especialmente una crítica a la trayectoria y funcionamiento de la biomedicina y de las instituciones oficiales y privadas de salud, generándose diversas propuestas alternativas cuya expresión más notoria –aunque no la más radical– fue la declaración de Alma Ata que promovía el desarrollo del Sector Salud basado en principios de Atención Primaria Integral (API).

Las críticas eran de tipo técnico, ideológico y/o político, y procedían de diferentes orientaciones, incluidas las generadas por el movimiento feminista y, en menor medida, por corrientes etnicistas. Las críticas se hacían inclusive desde los propios organismos internacionales de salud, así como desde tendencias que sobre todo cuestionaban la ineficiencia, la burocracia y la escasa calidad de la atención y/o el alto costo de los servicios. Me interesa recordar que en América Latina, entre los años '60 y '80 los sectores técnico/políticos más progresistas, –una parte de los cuales estaba organizada en torno a la Medicina Social–, así como los que más tarde se organizaron en torno a las propuestas neoliberales, desarrollaron críticas sumamente negativas a la trayectoria de las instituciones

oficiales de salud a través de razones de muy diverso tipo. Si bien dichas críticas proponían alternativas diferentes, no cabe duda de que se potenciaron en su cuestionamiento de los servicios de salud, impulsados por las políticas identificadas con los gobiernos "populistas" latinoamericanos.

Por lo tanto, necesitamos reconocer que las propuestas neoliberales constituyen en gran medida una respuesta a la situación económico/política general pero también sectorial que se observaba en América Latina en los años '60 y '70, emergiendo no sólo como una respuesta económica, sino también político/ideológica respecto de procesos que eran cuestionados desde muy diferentes perspectivas, y no sólo desde el neoliberalismo.

A partir del conjunto de críticas, y sobre todo de los acuerdos políticos de los sectores dominantes, las que comenzaron a aplicarse en México a partir de los años '80 fueron las propuestas impulsadas por las corrientes neoliberales a través de un partido (PRI) considerado, por lo menos hasta ese momento, como "populista". Por otra parte las políticas y actividades propuestas iban a ser apoyadas, como nunca hasta entonces, por una serie de instituciones internacionales ya existentes y por otras que se gestarían durante estas dos décadas, entre las cuales sería decisivo –sobre todo en lo que respecta a salud– el papel del Banco Mundial (BM).

Por eso, no debe extrañar que desde 1980 el Banco Mundial publicara varios informes en los cuales criticaba los sistemas de salud de los países en desarrollo, coincidiendo en diversos puntos con las críticas progresistas al sostener que en los mismos dominaba una mala asignación de recursos para la salud así como la inequidad en el acceso a los servicios de salud, sobre todo en detrimento de los más pobres. También señalaba que el SS se caracterizaba por su ineficacia y que esta situación se agudizaba por la explosión de los costos de la atención a la enfermedad.

En el Informe de 1980, el Banco Mundial (3) propuso una serie de medidas, la mayoría de las cuales se encuadraba dentro de las estrategias de Atención Primaria, y que buscaba –según el BM– mejorar las condiciones de vida y salud de la población de los países subdesarrollados. Las principales recomendaciones fueron incrementar la producción de alimentos

básicos que asegure un mínimo de alimentación adecuada, expandir la escolaridad de la población, especialmente de la educación primaria, y extender la cobertura de atención de la enfermedad solamente en el primer nivel de atención. Propone además desarrollar programas de educación para la salud, eliminar las enfermedades transmisibles y disminuir la fecundidad. En 1993, y en el principal documento del Banco Mundial dedicado a salud publicado durante esta década (4), esta institución insiste en las propuestas señaladas, recomendando a los países en desarrollo mejorar los resultados de las acciones de salud, nutrición y planificación familiar dirigidas a los pobres, fortaleciendo el desempeño de los sistemas de atención médica justamente para posibilitar el acceso equitativo a servicios preventivos y curativos de salud, nutrición y planificación familiar, que deberían caracterizarse por su eficacia, buena calidad, sensibilidad ante las necesidades de los usuarios y por ser financieramente sostenibles (5). El documento subraya como objetivo prioritario la protección de los pobres, y especialmente de mujeres y niños, de las consecuencias de la crisis económica, es decir de los efectos de las políticas de ajuste.

Desde principios de los años '80, las "nuevas" orientaciones económico/políticas neoliberales proponen toda una serie de medidas denominadas de ajuste estructural, sabiendo de antemano que su aplicación tendrá consecuencias negativas en las condiciones de vida de la población, ya que generarían más pobreza, desigualdades socioeconómicas y afectarían especialmente la salud de los "grupos vulnerables", pero considerando que estas consecuencias serán transitorias como etapa inevitable para resolver estos problemas. Estas consecuencias, recuerdo nuevamente, por lo menos en el caso de México ya estaban operando antes de la aplicación de las políticas neoliberales, lo cual era notorio en el Sector Salud: a fines de los '70 y principios de los '80 el Estado mexicano redujo en un 47% sus inversiones en salud, afectando no sólo a la población "abierta" (b) sino también a los que contaban con seguridad social. De una participación histórica del 20% en el presupuesto del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Estado mexicano pasó al 10% en 1980 (6).

Las medidas económicas y administrativas aplicadas inicialmente tuvieron una repercusión inmediata en las condiciones de vida de la población, tal como esperaban los propios impulsores de las mismas, quienes durante los '80 y los '90 impondrían medidas aún más duras de ajuste estructural (7) para acelerar el proceso de transformación de determinados aspectos de la sociedad y del Estado.

En lo que respecta al Sector Salud, las principales propuestas generadas en los '80 fueron la descentralización de los servicios de salud desde el gobierno federal hacia los gobiernos provinciales, la reducción del papel del gobierno federal en la prestación de servicios de salud, la redistribución del gasto en salud y la reducción del gasto en salud a nivel federal. Estas medidas eran parte de las políticas de ajuste económico, que en los '80 se concretaron sólo en parte, de tal manera que –como veremos– la descentralización sólo se aplicó a una parte de los estados durante esta década, así como la redistribución fue casi inexistente. No obstante, el discurso oficial preparaba las condiciones para intervenciones ulteriores, y así proponía como uno de sus principales objetivos reducir la inequidad dominante en las instituciones oficiales de salud, y especialmente reducir las notorias diferencias de asignación de recursos entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por una parte, y la población abierta por otra, proponiendo el desarrollo de un sistema único de salud que redujera dichas inequidades.

En una segunda etapa, durante los '90, las políticas neoliberales completaron la descentralización, promovieron el desfinanciamiento de la seguridad social y aplicaron medidas para favorecer la mercantilización de los servicios de salud. También desarrollaron actividades de salud selectivas en términos de costo/efectividad orientadas hacia los pobres, marginales y vulnerables, proponiendo el desarrollo de un sistema de atención basado en el prepago a través de paquetes diferenciados de servicios de salud.

Estos procesos, junto con la pérdida de capacidad adquisitiva de la mayoría de la población, el mantenimiento de bajos salarios, el incremento de la desocupación y del trabajo denominado informal, determinados cambios demográficos entre los cuales subrayamos el

creciente proceso de urbanización, y el encarecimiento constante de la atención médica oficial y privada, contextualizan e inciden en las características del proceso s/e/a que se desarrollan durante los '90 y el 2000.

ALGUNAS COSAS QUE PASARON

En términos epidemiológicos observamos que durante el lapso analizado sigue decreciendo la mortalidad general, que pasa de 6,5 por 1.000 habitantes en los '80, a 4,2 en los '90, así como también decrecen la mortalidad infantil, preescolar y materna.

Correlativamente se incrementa la esperanza de vida en poco más de cuatro años. Estas tendencias, al igual que el menor descenso de la mortalidad en varones en edad productiva y especialmente en adolescentes, constituye también una continuidad con el lapso anterior. Lo mismo podemos decir respecto del perfil de la mortalidad, ya que las principales causas de mortalidad siguen siendo las mismas que en los '80. En ambos lapsos, las primeras causas son enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, accidentes, padecimientos cerebrovasculares, cirrosis hepática, neumonía e influenza, perinatales, homicidios y otras lesiones, las cuales constituyen alrededor del 75% de todas las muertes (8,9).

Debe subrayarse que durante los '90 las gastroenteritis y las enfermedades respiratorias agudas desaparecen de las primeras diez causas debido a la reducción en un 84% y 71% respectivamente de la mortalidad por estas dos causas, de tal manera que las muertes por estos padecimientos pasan de representar el 27% a principios de los '90, al 13 % en la actualidad. No obstante se mantienen dentro de las primeras veinte causas junto con deficiencias nutricionales, bronquitis, enfisema y asma, anemias y tuberculosis broncopulmonar. Es decir que el perfil dominante está integrado por enfermedades crónico/degenerativas, violencias e infectocontagiosas, y que si bien los dos primeros tipos son los que constituyen las principales causas, debemos reconocer que las enfermedades infectocontagiosas siguen teniendo un peso relevante ya que, además, desde la segunda mitad de los '80 se incorpora el

VIH-SIDA como causal importante de mortalidad, y se incrementa el impacto del dengue, aunque en especial en términos de morbilidad (c).

Por otra parte, la desnutrición y otros padecimientos asociados a la misma continúan siendo un grave problema, especialmente en menores de cinco años, ya que –como lo señala la UNICEF en el 2002– México sigue teniendo una alta tasa de mortalidad en menores de cinco años, pese a las condiciones económicas y a la tecnología biomédica que ha desarrollado como país. Podemos concluir que, si bien hay cambios en la significación estadística de estas causas, dichas modificaciones no alteran la continuidad básica de este perfil de mortalidad respecto del lapso anterior.

Debemos subrayar que durante los '90 y primeros años de la década del 2000 siguen mejorando los principales indicadores de salud (8-10), y ello pese a las condiciones económicas y sociales negativas enumeradas. Por supuesto que si la pobreza y las desigualdades se hubieran reducido, la mayoría de los indicadores hubieran mejorado aún más, pero lo que me interesa subrayar es que pese a las condiciones negativas señaladas que se perpetúan durante más de veinte años, los indicadores de salud siguen mejorando aunque en forma cada vez más reducida.

Las condiciones de desigualdad social y económica dominan la trayectoria de la mayoría de los procesos de *s/e/a*, no sólo en México sino también en América Latina (11,12), y constituye una de las dimensiones a través de la cual se observa con mayor transparencia la continuidad del perfil epidemiológico y de atención a la enfermedad. Las desigualdades e inequidades –como prefiere decir el SS– se expresan a través de toda una serie de variables entre las que destacan los niveles económico/ocupacionales, la pertenencia al medio rural o urbano, la condición de indígena/no indígena, la situación de marginalidad y/o de pobreza, la pertenencia o no a la seguridad social oficial, la adscripción o no a seguros de gastos médicos mayores y la situación de género. La mayoría de estas variables están relacionadas entre sí, y algunas constituyen indicadores puntuales de la importancia de las condiciones económico/ocupacionales diferenciales respecto de los procesos de *s/e/a*.

En México, las desigualdades regionales, sobre todo establecidas en términos de mayor ruralidad o urbanización, establecen que un niño nacido en Chiapas tiene un 50% de posibilidades de cumplir un año, comparado con un niño nacido en el DF o en Nuevo León. El riesgo de muerte materna es un 40% más alto en las zonas rurales que en las urbanas, y la desnutrición es dos veces y media mayor en el medio rural. Y según la SSA (8), en los últimos años las diferencias a favor del sector urbano se han acentuado, ya que mientras en 1992 el riesgo de muerte en menores de cinco años era un 20% mayor en las zonas rurales, en 1999 es del 55%. Entre 1992 y 1998 la mortalidad en adultos varones permaneció igual en el medio rural y disminuyó un 17% en las áreas urbanas, mientras que la mortalidad en mujeres se incrementó en un 5% en las áreas rurales y bajó un 12% en los medios urbanos. De tal manera que la esperanza de vida creció durante el lapso señalado en 2,7 años en las áreas urbanas y sólo 0,2 años en las rurales (8, p.36).

Pero además sabemos que la población indígena, que en su mayoría reside en áreas rurales, tiene los peores indicadores y condiciones de salud comparada con cualquier otro grupo (13,14). Es importante subrayar que los mayores subregistros en términos de mortalidad y morbilidad se dan en las áreas rurales y en la población indígena, por lo cual las diferencias negativas son aún mayores que las consignadas.

Si bien, como veremos luego, se impulsa la extensión de la Atención Primaria, no ocurre lo mismo con los servicios del segundo y especialmente del tercer nivel de atención; éstos últimos siguen estando concentrados en la ciudad de México y en unas pocas ciudades más. Aún más, la inversión en infraestructura en salud destinada a población abierta muestra una disminución constante y significativa desde el 2000 hasta la actualidad (15).

Un factor que establece notorias desigualdades es la pertenencia o no a instituciones de seguridad social, dado que históricamente era sobre todo el IMSS el que proveía a sus afiliados de atención médica de calidad en los tres niveles de atención, incluida la obtención de medicamentos, pruebas de laboratorio y radiográficas, lo cual contrastaba con las posibilidades de la

población "abierta". Esta tenía acceso básicamente al primer nivel de atención, aunque en forma limitada en las áreas rurales, y padecía dificultades e imposibilidades de tipo muy diferentes para acceder a los otros niveles de atención. Las desigualdades se expresaban sobre todo en las inversiones diferenciales en población abierta y población asegurada, que por ejemplo a fines de los '70 implicaba que el 80% de las inversiones era para la Seguridad Social, mientras que sólo un 20% correspondía a la población abierta.

Esta diferenciación había sido señalada críticamente por lo menos a partir de los años '60 desde dentro y fuera del Sector Salud, y fue denunciada reiteradamente desde los '80 –como ya lo señalamos– por los equipos que encararon la reforma estructural del SS desde perspectivas neoliberales, los cuales proponían la integración del conjunto de las instituciones en un único sistema de salud, para lograr una mayor equidad. Este objetivo se ha mantenido desde mediados de los años '80 hasta la actualidad, aunque sin generarse dicha integración.

Pero si bien existen las desigualdades señaladas, las denuncias de inequidad focalizadas por los ideólogos neoliberales en las asignaciones al IMSS evidencian un notorio sesgo analítico: sus análisis de las inequidades no incluyen prácticamente nunca a la población con mayores ingresos económicos y/o con una inserción ocupacional que le posibilita utilizar medicina privada en los tres niveles de atención, lo cual implica que para el 2002 el 11% de la población mexicana cuenta con seguro de gastos médicos mayores. La gestión actual del SS insiste en la injusticia financiera del sistema oficial de salud mexicano, pero la reduce a la confrontación entre las personas que tienen seguridad social oficial y población pobre "abierta", excluyendo a los que tienen seguridad privada a través de gastos médicos mayores y a los que ni siquiera necesitan contar con dicho seguro dado su alto nivel de ingresos. Esto impide entender por lo menos una parte significativa de las desigualdades en salud que, como sabemos, remiten no sólo a la falta de equidad en el uso de los servicios de salud, sino que también refiere a las desigualdades socioeconómicas cada vez mayores que caracterizan a la sociedad mexicana.

Pero además, si bien es real que el SS oficial había concentrado sus inversiones en la seguridad social, convirtiendo a la población abierta de escasos recursos en ciudadanos de segunda o de tercera desde la perspectiva del proceso s/e/a, en los últimos años el desfinanciamiento y deterioro del ISSSTE y del IMSS también han ido convirtiendo a los asegurados de estas instituciones en ciudadanos de segunda comparados con los que tienen acceso a la medicina privada de especialidades, dados los procesos de desabastecimiento de fármacos, deterioro de la infraestructura hospitalaria y reducción creciente de la calidad de la atención.

Durante los años 2002 y 2003 no sólo se ha observado un persistente problema de desabastecimiento de fármacos en las instituciones médicas oficiales, sino que estas instituciones tampoco cuentan con algunos de los fármacos recientes más eficaces dado el alto costo de los mismos. Más aún varios de los más notorios médicos mexicanos (16) consideran que por lo menos algunos de los medicamentos que dan las instituciones oficiales tienen una composición distinta y una eficacia menor que la de los fármacos que se venden en las farmacias privadas, dando a entender que los fármacos que proveen las instituciones médicas del Estado tendrían una cantidad menor de sustancia activa.

Respecto de estas consideraciones, no contamos con estudios específicos para México, aunque sí con la experiencia clínica de dichos médicos para verificarlas. Lo que sí sabemos es que los pacientes del IMSS reciben, por ejemplo para la hipertensión arterial y para determinados tipos de cáncer, medicinas mucho menos eficaces que las que pueden comprarse en forma privada, dado el alto costo de dichas medicinas así como la continua alza de sus precios. En la actualidad, el incremento del precio de los medicamentos es un 100% mayor que la inflación, y varios de los nuevos fármacos han tenido en su precio un incremento del 30% durante el 2002. A nivel de la atención hospitalaria a la población "abierta" pero también en las instituciones de la seguridad social, por lo menos una parte de los médicos receta medicinas baratas porque sabe que la mayoría de los pacientes no podrá comprar las más eficaces debido a sus altos costos (d). Y debemos subrayar que según estudios de la

propia SSA, un 50% de los pacientes de las instituciones oficiales debe comprar las medicinas recetadas por el médico.

Estas carencias a nivel de población "abierta", algunas de las cuales se están incrementando también en población asegurada, no niegan que comparativamente los derechohabientes de las instituciones de seguridad social sigan teniendo mejores condiciones de atención de la enfermedad que los no asegurados. Pero estas desigualdades se han ido modificando a fines de los '90, y así podemos observar que para 1999 el gasto *per capita* en los servicios de la Secretaría de Salud (SSA) –población abierta– era de 1.200 pesos mexicanos, muy similar al gasto en el Instituto de Servicios de Salud de Servidores del Estado (ISSSTE) que era de 1.400 pesos, mientras en el IMSS era de 2.600 pesos y en Petróleos Mexicanos, 6.000 pesos *per capita*.

Uno de los rubros que evidencia mayor continuidad es la escasa inversión en salud por parte de la sociedad mexicana, y justamente una parte de los procesos analizados es debido a la escasa inversión, que en el año 2000 constituía el 5,7% del PBI. Pero es relevante aclarar que la mayor parte de dicho gasto es privado, ya que el gasto del Estado mexicano en salud sólo constituye el 2,5% del PBI, recordando que esta escasa inversión en salud por parte del Estado mexicano constituye una característica del SS durante toda su trayectoria.

El ajuste estructural redujo en forma drástica el gasto en salud *per capita* durante la década del '80 tanto para la población abierta como para la asegurada. Y si bien durante algunos años de los '90 se promovió un mayor financiamiento, ni durante dicha década ni durante los primeros años de la década del 2000 se incrementó el financiamiento real del SS, pese a constituir uno de los objetivos explícitos de la gestión actual. Más aún, durante el 2001 y el 2002 se observa un subejercicio del gasto social en general, y de salud en particular. Para el 2002, el presupuesto para los hospitales de la Secretaría de Salud era de 20.495 millones de pesos, pero sólo se ejercieron 18.767 millones; el presupuesto del IMSS/OPORTUNIDADES era de 4.312 millones y se ejercieron 3.693 millones, y en el caso del Instituto Nacional de la Senectud, de 74 millones de pesos sólo se utilizaron 22 millones, lo cual

debe atribuirse al énfasis colocado en la "disciplina fiscal" como parte de las políticas de ajuste.

Debemos subrayar que estas restricciones al gasto en salud contrastan con el constante incremento de los costos de atención de la enfermedad, de tal manera que podemos concluir que la escasa inversión en el SS y los altos costos de atención a la enfermedad constituyen dos aspectos centrales de la continuidad de las políticas de salud en México.

LAS VERDADERAS CAUSAS DE LA POBREZA Y OTROS PORMENORES

El SS mexicano no ignora, sino que reconoce las escasas inversiones en salud y las consecuencias del costo de la enfermedad. Más aún, uno de los aspectos que según las autoridades actuales del SS incide más en la situación económica de la población, y especialmente en los sectores pobres, son los denominados gastos catastróficos generados por procesos de enfermedad/atención. Según la SSA, entre dos y tres millones de familias cada año enfrentan gastos catastróficos en salud, y otros cuatro millones de familias realizan gastos semicatastróficos. En el tercer trimestre del 2000 "...alrededor de 910.000 hogares mexicanos (4% del total) incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud. Este fenómeno fue particularmente común en los hogares pobres y en las familias que no cuentan con ningún tipo de seguro de salud" (17, p.16). Y señala que cada año, 1.200.000 mexicanos cruzan la barrera de la pobreza por esta causa.

Si este análisis es correcto y tomamos como punto de partida el año 1982, a partir del cual se impulsa el ajuste estructural en salud, podemos concluir que más del 50% de la pobreza extrema actual mexicana se debe a gastos catastróficos en salud, constituyéndose por lo tanto en la principal causa de la pobreza, dado que dichos gastos inciden básicamente en la situación de los pobres. Pero dichas conclusiones nos parecen dudosas, o por lo menos extrañas. Lo que nos parece significativo para entender este proceso es que el 85% de las familias que incurrir en gastos catastróficos no tienen seguridad social (17, p.15), ya que en esta característica estaría una de las principales explicaciones de

la creciente incidencia de los gastos catastróficos en las condiciones de vida de la población; dado que se ha detenido la capacidad de reclutamiento de derechohabientes especialmente por el IMSS, al mismo tiempo que se incrementa constantemente la población que no tendrá acceso a la seguridad social. La pertenencia a la seguridad social reduce decisivamente la posibilidad de gastos catastróficos, aunque esto puede alterarse si continúan las actuales políticas de desfinanciamiento del IMSS y del ISSSTE.

Pero además considero que los gastos catastróficos y semicatastróficos, y también los no catastróficos en salud, tienen que ver con otro de los procesos que venimos analizando. Si bien el costo de determinadas intervenciones quirúrgicas pueden conducir a una familia a la pobreza o a empobrecerla aún más, es mucho más frecuente que la mayoría de la población no pueda comprar medicamentos y sobre todo, como ya vimos, no pueda adquirir los nuevos medicamentos eficaces debido al alto costo de los mismos. Lo que puede hacer la población de bajos ingresos es comprarlos en algunos momentos para paliar su problema, pero sin capacidad financiera para adquirirlos constantemente, pese a que los necesitan debido a la cronicidad de su padecimiento. Así, por ejemplo, para controlar determinados problemas cardíacos un sujeto debería gastar por lo menos entre 800 y 1.500 pesos mexicanos mensuales (75 y 140 dólares USA) en la compra de un solo nuevo medicamento, lo cual no puede hacer por razones económicas; si lo hace tarde o temprano caerá en "gastos catastróficos".

Es el propio SS quien reconoce que *"el 93% de los usuarios de los servicios de salud recibe prescripciones de medicamentos y alrededor de la mitad paga directamente de su bolsillo el costo de las medicinas prescritas. Este pago es más frecuente conforme la población es más pobre, no asegurada y vive en las zonas rurales del país"* (8, p.136).

Considero que un porcentaje significativo de los gastos catastróficos quirúrgicos, pero también de procesos tanto o más graves como es la imposibilidad de aplicar un tratamiento por no poder comprar los medicamentos específicos, se ha incrementado debido a que la población tiene cada vez menos posibilidades de contar con seguridad social, así como también debido al desfinanciamiento y descapitalización de las instituciones

de seguridad social, y obviamente a la política de medicamentos orientada por el Sector Salud.

Si bien el SS aparece preocupado por la salud desigual y por los efectos de los gastos catastróficos especialmente en los más pobres, en realidad ha hecho muy poco para generar una política de medicamentos más equitativa. En México, históricamente el precio de los medicamentos ha sido establecido unilateralmente por la industria químico/farmacéutica, no existiendo en la actualidad legislación que regule mínimamente la fijación de costos y precios. Por el contrario, la desregulación se ha acentuado, dado que en 1994 fue derogada la norma oficial mexicana (036-SSA1) que regulaba algunos de estos aspectos, lo cual –como vimos– se expresa en el constante incremento del precio de los medicamentos. Durante el lapso analizado, el SS no ha generado una discusión técnica ni política sobre los precios de los medicamentos como para limitar e incluso reducir el precio de los mismos, por lo menos para los sectores "pobres".

Pero además México no ha desarrollado sino en fechas recientes la producción de los fármacos genéricos que podrían reducir enormemente el precio de los medicamentos, de tal manera que para el 2002 en México los genéricos sólo representaban el 0,32% del mercado de medicamentos.

Respecto de problemas como el VIH/SIDA, el SS mexicano no hizo nada similar a lo desarrollado por países como Brasil o India respecto de la producción y comercialización de medicamentos específicos caracterizados por su alto costo. En estos países, que tienen la capacidad técnica y financiera para producir dichos medicamentos, el gobierno autorizó su producción sin respetar las patentes originales, y con ello garantizar el acceso de la mayoría de los pacientes a los antirretrovirales. México, aun contando con capacidad técnica y financiera, no desarrolló esta posibilidad, pese a que la Organización Mundial de la Salud recomienda incluir en las legislaciones algunas regulaciones que posibiliten fabricar medicamentos al margen de las patentes, al menos cuando la situación lo amerite debido a la gravedad y urgencia de los problemas de salud.

Sólo a fines de los '90 el SS mexicano aprobó impulsar el uso de los medicamentos genéricos, y recién a mediados del 2002 el Consejo de Salubridad propuso que las instituciones oficiales

de salud debían orientar sus compras hacia los genéricos. Por otra parte, en la segunda mitad del 2003 el parlamento aprobó que sólo en situaciones de emergencia podrían producirse fármacos considerados imprescindibles, al margen de las empresas dueñas de las patentes de dichos fármacos. Pero en ambos procesos, y tal como ha ocurrido históricamente, el Estado, incluido el SS, aparece protegiendo los intereses de las empresas químico/farmacéuticas más que las necesidades de la población, especialmente de los sectores pobres y marginales. Esta tendencia se refuerza en la actualidad debido al establecimiento de acuerdos bi y multilaterales, así como a la pertenencia de México a organismos como la OMC (Organización Mundial de Comercio) y ADPIC (Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio) que reglamentan y defienden los derechos de propiedad intelectual relacionados con la producción y comercialización de medicamentos y "obliga" a México al cumplimiento de dichos acuerdos. Esto posibilitó aún más el juego de presiones de las compañías químico/farmacéuticas multinacionales sobre el Sector Salud, tal como pudo observarse durante los años 2002 y 2003 en el desarrollo de las negociaciones respecto de las patentes médicas y de los fármacos genéricos. Todo indica que los "genéricos" serán producidos por las empresas químico/farmacéuticas una vez obtenidas determinadas prerrogativas económicas, y que el precio de los mismos se incrementará cada vez más.

Además, como ha ocurrido siempre en el SS mexicano (18-20), continúa la orientación de los recursos hacia la atención de la salud, siendo escasos los recursos dedicados a la prevención. Si bien primero el ISSSTE y luego el IMSS durante el 2000 impulsaron programas de prevención integral, los recursos en estas instituciones siguen estando orientados básicamente hacia el segundo y tercer nivel de atención. Como concluye un análisis del SS para principios del 2000: *"el gasto público se concentra en la atención curativa, sobre todo en la especialidad. En el IMSS y en el ISSSTE, los hospitales de segundo y tercer nivel absorben cerca del 75% y el 69% respectivamente del presupuesto de la institución"* (8). Me interesa señalar al respecto que algunos analistas han confundido el énfasis preventivista

del discurso actual del Sector Salud –tal como lo sugiere el Banco Mundial– con la aplicación de medidas y, sobre todo, de inversiones de tipo preventivas, las cuales siguen siendo escasas.

Por lo menos desde la década del '40, el SS se caracterizó por el énfasis colocado en ciertos programas considerados prioritarios, así como por la inexistencia de programas para problemas graves de salud colectiva. Tanto en los '80 como en los '90, los programas de vacunación y de planificación familiar aparecen como los que expresan la mayor continuidad y los mayores esfuerzos en términos de atención primaria, mientras que no existen programas –o tienen muy escasa aplicación– para problemas como salud mental o cirrosis hepáticas incluidas por supuesto las acciones de atención primaria.

La aplicación constante e intensiva del programa de planificación familiar, así como también otros procesos, generan un notable descenso de la tasa de fecundidad, pasando el número promedio de hijos por mujer de 6 hijos a mediados de los '70, a 2,4 hijos a fines de los '90. De tal manera que el crecimiento poblacional pasa de 3,4 % en los '70 a 1,4 % en la actualidad. A su vez, la cobertura de vacunación en niños menores de un año y en los de uno a cuatro años llega al 93,4% y al 97% respectivamente. La cobertura de planificación familiar y de vacunación se expande notablemente en el medio rural durante este lapso, lo cual se verifica en los logros señalados que, como sabemos, constituyen dos de los principales objetivos apoyados por el Banco Mundial.

Otra de las principales políticas aplicadas a partir de 1984 fue la descentralización de los servicios de salud desde el nivel federal hacia los estados, que buscaba entre otros objetivos mejorar la eficacia de las acciones de salud, favorecer la democratización y especialmente reducir las desigualdades en salud que caracterizan a la sociedad e instituciones de salud mexicanas.

Entre 1984 y la actualidad pueden distinguirse varias etapas en la implementación de la descentralización. La primera corresponde al lapso 1984-1988, en que sólo se descentralizaron menos de la mitad (catorce) de los estados, pero durante el período 1988-1994 no sólo se suspendió la descentralización, sino que incluso se recentralizó un estado. La descentralización se

suspendió en 1988 por varias razones, pero sobre todo porque en varios estados se observaba un retroceso en el funcionamiento de los servicios. Según Cardoso (21), los indicadores de productividad y cobertura médica para el lapso 1985-1991 eran más positivos en los estados centralizados que en los descentralizados, lo cual era aún más evidente en el caso de la descentralización del programa IMSS/COPLAMAR.

Gran parte del descenso de la productividad de los servicios, del incremento de la mala calidad de la atención y del desfinanciamiento transitorio se debió a que la descentralización se realizó básicamente en términos administrativos, con baja asignación de recursos, especialmente de plazas laborales, lo cual condujo a fuertes resistencias por parte del personal de salud. Inicialmente, la descentralización constituyó un acto administrativo impuesto a las provincias por el gobierno federal sin tomar en cuenta las condiciones particulares –incluida la infraestructura en salud– de cada estado y sin que se establecieran las condiciones financieras y administrativas que posibilitaran la real autonomía de dichas provincias. De tal manera que la descentralización aplicada fortaleció aún más las desigualdades existentes entre los estados.

Pero durante el lapso 1988-1994 no sólo se suspende la descentralización, sino que el programa IMSS/SOLIDARIDAD (antes IMSS/COPLAMAR) se recentralizó nuevamente, y dicha recentralización se ejerció vinculada estrechamente con el programa contra la pobreza, de tal manera que mediante PRONASOL el Poder Ejecutivo pasa a tener el papel decisivo en las acciones sociales aplicadas a la población pobre y marginal, excluyendo el papel de los estados en la implementación de dichos programas. Más allá de los intereses particulares del Poder Ejecutivo de turno (e), no cabe duda que el Estado orientó una parte del gasto social hacia la población en situación de pobreza, que se estaba incrementando como consecuencia de las políticas de ajuste. Dicha orientación era recomendada por los organismos internacionales de salud y especialmente por el Banco Mundial, de tal manera que durante el lapso 1988-1994 la inversión en PRONASOL (Programa Nacional de Solidaridad) pasa de representar el 0,32% del PBI en 1989 a constituir el 0,73% del PBI en 1993 (22, p.253),

recordando que el total de las inversiones oficiales en salud sólo representaban el 2,5% del PBI.

En la segunda mitad de la década de los '90 se retoma y concluye el proceso de descentralización del SS en forma muy rápida, aunque estableciendo varias normas para mejorar su funcionamiento a nivel de los estados, constituyendo las normas más importantes la regulación de la transferencia de los recursos federales a los estados, y que éstos se hagan cargo del control de esos recursos.

No obstante, los problemas persisten hasta la actualidad en la implementación de la descentralización. Así, en el 2001 la SSA reconoce que faltan concluir aspectos muy importantes, como la descentralización de las nóminas y recursos de pago a los trabajadores, la transferencia a los estados del PAC (Programa de Ampliación de Cobertura) en todos sus componentes, la transferencia de las instalaciones de atención médica y la desconcentración de las funciones administrativas y de salud pública a nivel jurisdiccional.

Por lo tanto siguen vigentes las conclusiones del análisis de Cardoso para los primeros diez años del proceso de descentralización cuando afirma que *"...la descentralización aplicada no ha logrado mejores resultados porque no se trata de una verdadera descentralización"* (21, p.270), sobre todo porque –según ella– no está garantizada la autonomía financiera del Sector Salud en los estados. El proceso de descentralización preveía un incremento de los aportes de los gobiernos estatales que sólo se dio en unos pocos estados, pero además el análisis de Cardoso de las consecuencias de este proceso indica que, dada la dependencia de los estados respecto del presupuesto federal, cuando éste, por razones de ajuste económico ante situaciones críticas reduce o demora sus aportes financieros, los gobiernos estatales entran en una situación de desfinanciamiento coyuntural y de reducción de actividades, como ocurrió en los '80, en los '90 y sigue ocurriendo en el 2000. En varias oportunidades los gobiernos de algunos estados amenazaron al Ejecutivo con "devolverle" los servicios de salud descentralizados por carencias de financiamiento, lo cual hasta ahora no ocurrió.

Considero que es difícil hablar realmente de descentralización cuando a fines de los '90 las entidades federativas aportan sólo el 3% del

gasto total del Sector Salud y el "resto" es aportado por el gobierno federal (8). Para el 2001, sólo cinco estados aportan más del 20% de su presupuesto específico, mientras otros cinco estados no llegan al 5%. Incluso un estado como Sonora, que antes de 1995 aportaba entre el 35% y el 46% para el gasto en salud de la entidad, a partir de 1996 sólo aporta entre el 30% y el 35%, es decir que luego de la descentralización se depende aún más del financiamiento federal (23). Pese a que el SS insiste en que se han incrementado los aportes locales, para fines del 2004 el 88% de los recursos de los estados provienen del gobierno central (24,25)

Esta dependencia respecto del gobierno federal puede además observarse a través de la implementación del Seguro Popular (SP) de salud durante los primeros años del 2000: el mismo fue aceptado por varios gobiernos estatales porque recibirían dinero adicional del gobierno federal para incluirlo en sus actividades de salud. Pero dadas las dificultades crecientes para obtener financiamiento para el SP, el Congreso de la Unión decidió que los estados debían hacerse cargo de su financiamiento, lo que en el 2003 condujo a que los gobiernos locales plantearan que el gobierno federal debía hacerse cargo del 100% del costo económico del SP, o se postergaba el inicio de su aplicación hasta contar con dicho financiamiento. Debemos agregar que hasta el 2004 los estados no han modificado sus legislaciones para generar fondos especiales que les permitan hacerse cargo financieramente del SS local.

Después de veinte años de aplicada la política descentralizadora, constatamos que el estado federal sigue manteniendo las funciones de normatividad y de supervisión a través de un verticalismo que hasta ahora dio muy escaso papel a los gobiernos estatales locales. Además, la propuesta de descentralización sostenía que el desarrollo de la misma permitiría combatir más adecuadamente las desigualdades dominantes en el campo de la salud, pero concluida la descentralización podemos observar que la mayoría de las desigualdades continúan y algunas incluso se profundizan, como lo reconoce el propio SS. De tal manera, las desigualdades entre los estados en el acceso de la población a los servicios de salud, así como las desigualdades en todo tipo de equipamiento y de infraestructura, siguen vigentes

(8,9,17). Más aún, se profundizan las desigualdades ya que para el 2004 los estados con marginación alta y muy alta, y que alojan el mayor porcentaje de población abierta, son los que reciben la menor proporción *per capita* de los recursos de la Federación (24,25).

Por otra parte, la descentralización sólo ha operado a nivel de cada estado sin llegar en realidad al nivel municipal, pero en especial sin haberse generado los mecanismos sociales que posibiliten el desarrollo de una descentralización basada en la participación de la sociedad civil, como veremos más adelante.

Podríamos enumerar toda una serie de procesos que evidencian la continuidad entre ambos lapsos en lo referente a los principales aspectos del proceso *s/e/a*, pero por una cuestión de extensión sólo mencionaré que no sólo se continúa sino que se acentúa la orientación casi exclusivamente biomédica y asistencial en la formación de recursos humanos, lo cual tiene consecuencias negativas para generar alternativas, especialmente en términos de incrementar el papel de la sociedad civil, y no sólo en términos de ONGs. (18,19,26-29).

CAMBIOS, REORIENTACIONES Y DISCONTINUIDADES

Las discontinuidades son escasas en lo referente al perfil epidemiológico, y aun el rasgo epidemiológico más característico de este lapso, y me refiero al incremento de la mortalidad por padecimientos crónico-degenerativos que representan más del 50% de las muertes totales a principios del 2000, constituye una continuidad con el lapso anterior. Un rasgo diferencial refiere al VIH-SIDA, que adquiere su mayor visibilidad durante los '90, pero que aparece contenido a fines de esta década comparado con los avances observados durante los '80 y principios de los '90, pasando a constituir actualmente, en términos comparativos, un problema secundario de salud colectiva.

Pese a que, como ya indicamos, mejora la mayoría de los principales indicadores de salud, no obstante se generan fenómenos negativos como la reaparición del cólera, el incremento sostenido de paludismo, tuberculosis broncopulmonar y dengue, así como el surgimiento de un brote

letal de sarampión que afectó sobre todo a niños de las zonas marginales del sureste mexicano.

Tal vez una de las principales novedades a nivel epidemiológico esté en el reconocimiento de la perspectiva de género para describir problemas referidos a la salud de la mujer y a ciertas relaciones intergenéricas. Esto conduce a enfatizar aspectos como las violencias contra la mujer que anteriormente eran escasamente considerados por el SS. Si bien éste y otros reconocimientos (importancia de la mortalidad por cáncer de mama y por cáncer cervicouterino, etc.) constituyen en gran medida una continuidad respecto de los programas de salud reproductiva, no cabe duda de que la presión de las organizaciones femeninas favoreció la inclusión de esta perspectiva. El reconocimiento de la problemática de salud femenina hará pasar a primer plano otros problemas de salud que se dan preferentemente en mujeres, como son diabetes mellitus, obesidad, bulimia, anorexia y osteoporosis.

No obstante, subrayo que este énfasis en la salud femenina contrasta con el poco interés por la salud del varón, pese a que éste tiene peores indicadores de salud comparados con los de la mujer. Y así podemos observar que la esperanza de vida para la mujer mexicana en el 2001 es de 77,89 años y en el varón de 73,43; mientras que la esperanza de vida saludable en el mismo año es de 64 y 60 años, respectivamente (8). Esta diferencia a favor de la mujer constituye una tendencia constante por lo menos desde 1930, y también puede ser observada a través de los principales indicadores de mortalidad. Así vemos que para el 2001 la mortalidad infantil afecta a 21 mujeres por cada 1.000 NVR (Nacidos Vivos Registrados) y a 27 varones; la mortalidad en niños de 1 a 4 años afecta a 22,5 y 30,5 por mil respectivamente y la mortalidad en menores de cinco años a 24 niñas y a 30 niños (9).

Esta mortalidad desigual por género se observa también a través de la mortalidad por causas, de tal manera que las mujeres tienen mayores tasas de mortalidad por diabetes mellitus y por enfermedades cerebrovasculares, mientras los varones mueren más por accidentes, violencias, cirrosis hepática, isquémicas del corazón y VIH-SIDA. Pero debemos subrayar que a nivel del conjunto de causas, las tasas de mortalidad son mayores en los varones.

Como vemos, el género interviene en el perfil de la mortalidad y también se expresa en el consumo de servicios de salud y en los procesos de autoatención, ya que en éstos y en otros aspectos el papel de la mujer es mucho más frecuente y significativo que el del varón. Es en función de este reconocimiento que la gestión actual le ha dado un peso especial a la perspectiva de género que no se observa en las gestiones anteriores, aun cuando, y lo subrayo, la mayoría de las acciones de salud se concentran en la mujer y especialmente en el campo de la denominada salud reproductiva. Si bien la perspectiva de género venía siendo impulsada por grupos organizados de mujeres, hasta ahora no había sido asumida por el SS en estos términos.

Por lo tanto, el reconocimiento de la dimensión género constituye un elemento nuevo dentro del SS, pero ¿es realmente nuevo o constituye una nueva manera de denominar programas y actividades que venían desarrollándose desde lapsos anteriores y a los cuales se integran algunas nuevas actividades? Señalo esto porque si realmente se incluyera la dimensión género, debería trabajarse no sólo con aspectos de la salud femenina sino también del género masculino, así como con procesos que refieren a las relaciones intergenéricas que afectan la salud de los miembros de ambos géneros, y que además no debieran ser exclusivamente reducidos a la violencia intrafamiliar sexual y no sexual.

Pero además, lo que no se comprende, si realmente se adopta una perspectiva de género, es por qué sólo se crean programas e institutos para los problemas de la mujer y ninguno respecto del varón, pese a que, como vimos, éste es quien presenta las peores condiciones de morbilidad, quien tiene las mayores tasas de mortalidad y la menor esperanza de vida.

Mientras que para el género femenino se han creado en el último período el Instituto Nacional de la Mujer (INMUJER) y el Programa Mujer y Salud (PROMUSA), lo cual nos parece acertado, no existe nada similar respecto del varón.

Considero que las principales actividades que tomaron en cuenta el género —es decir, el papel de la mujer— tienen por objetivos la planificación familiar por una parte, y por otra reducir los efectos negativos generados por las políticas de ajuste sobre la salud del grupo doméstico,

especialmente sobre los niños. Más aún, el múltiple trabajo femenino sería uno de los principales factores que limita el impacto negativo de las políticas de ajuste. Y es por ello que los programas como PROGRESA, OPORTUNIDADES y otros se centran casi exclusivamente en la mujer. De tal manera que los programas de Atención Primaria de Salud y los programas contra la pobreza, fuertemente apoyados durante los '90 por el BID y por el BM, trabajan con la mujer, incluyendo la entrega de subsidios en efectivo, para que ella asuma determinadas responsabilidades en educación, nutrición, higiene y planificación familiar.

Desde mi perspectiva, esta orientación de género constituye, por lo menos en parte, una continuidad de las acciones de planificación familiar impulsadas por el Estado mexicano desde los '70, y por otro lado refuerza el papel de "cuidadora" de la salud que la mujer ha desempeñado funcionalmente dentro de la sociedad mexicana.

Subrayo, para evitar equívocos, que me parece excelente y necesario que haya apoyos de todo tipo a los problemas de salud femeninos, pero lo que debemos explicar –y sobre todo modificar– es por qué se deja de lado y se invierte tan poco en la salud –y sobre todo en la enfermedad– del varón, lo cual constituye una especie de capítulo oculto del SS.

Vinculado a la situación femenina, a la situación gay en relación con el VIH-SIDA, pero también a otros fenómenos, sobre todo de atención médica, observamos durante los primeros años de la década del 2000 el desarrollo de una preocupación por los Derechos Humanos en salud que no se dio en lapsos anteriores. Debemos subrayar que tanto en términos de salud reproductiva, de VIH-SIDA como de otros problemas, lo significativo es que las quejas contra los servicios de salud, y especialmente contra el IMSS, pasan a constituir, en los primeros años de la década del 2000, la primera queja comparada con cualquier otro ámbito de los derechos humanos. Por lo cual, como veremos más adelante, la preocupación por los derechos humanos referidos a procesos de s/e/a, en los hechos parece preocupar más a los organismos oficiales y privados de derechos humanos que al SS.

En lo referente al sistema de atención, se observan algunas modificaciones significativas.

Como sabemos, el proceso de extensión de cobertura en los tres niveles de atención en México estuvo basado desde la década del '50 hasta principios de los '90 en la expansión de la Seguridad Social y especialmente del IMSS, que durante los '50 daba cobertura al 4,3% de la población, para atender al 20% de la población en 1965 y al 50% a fines de los '80. Incluso, como ya lo señalamos, a fines de los '70 el IMSS se hizo cargo del programa COPLAMAR debido a su capacidad y eficacia operativa y organizativa.

Si bien desde los '80 se observan problemas de funcionamiento, incluso de tipo financiero, es durante los '90 que el IMSS no sólo deja de expandirse sino que se descapitaliza en forma rápida y creciente, reduciendo su capacidad de atención en todos los niveles. Debemos subrayar que el desfinanciamiento opera tanto respecto de los recursos materiales como de los recursos humanos, y ello pese a las sucesivas modificaciones que se generan respecto de las fuentes de financiamiento durante los '90 (f).

Otra característica distintiva de la gestión actual es el peso dado a la calidad de la atención, estableciendo no sólo normas sino también sistemas de cumplimiento y evaluación de las mismas. En 1997/99 se realiza un diagnóstico de calidad de la atención en centros de salud y hospitales de la SSA, encontrando que, entre otros, los principales problemas refieren a desabastecimiento de medicinas y equipo, a la escasa satisfacción laboral en el personal de las instituciones de salud, y a ciertas características negativas en la relación médico/paciente, así como a la frecuencia con que se aplican ciertas acciones médicas que son innecesarias en la mayoría de los casos, como ocurre con la cesárea (g).

A partir de ello se proponen medidas para mejorar dichos aspectos y también nuevos objetivos, entre los cuales destacamos la posibilidad de que el paciente pueda seleccionar al médico en el primer nivel de atención. Gran parte de esta orientación la consideramos positiva, pero hasta ahora ha permanecido como intención más que como realización, dado que durante los últimos tres años en que se desarrolló este programa se ha observado, por ejemplo, que las cesáreas siguen incrementándose, y que sobre todo se han generado fenómenos que dan cuenta de las carencias básicas que afectan al SS oficial, y que

justamente evidencian la falta de calidad de la atención que este programa pretende combatir.

El diagnóstico de calidad de la atención había detectado escasez y obsolescencia de equipos, largos tiempos de espera del paciente y en particular el desabastecimiento de medicamentos, que a nivel internacional está considerado uno de los más sensibles indicadores de falta de calidad de la atención. Según la gestión actual, *"...las medidas adoptadas han estado dirigidas no sólo a mejorar la disponibilidad de medicamentos sino incluso a garantizar el surtimiento de la prescripción médica. Esto bajo el supuesto de que no basta que los medicamentos estén allí; también es necesario que el usuario tenga un acceso efectivo a ellos"* (8, p.112), con lo cual estamos totalmente de acuerdo. Pero ocurre que en los años 2002 y 2003 observamos un persistente desabastecimiento de medicamentos y también de equipo médico, y no sólo en las instituciones que atienden a población "abierta", en las cuales este déficit era frecuente, sino también en las instituciones de seguridad social y especialmente en el IMSS, lo cual por su envergadura y continuidad constituye un hecho nuevo. Durante varios meses, tanto en el 2002 como en el 2003, dichas instituciones carecieron de fármacos básicos para atender algunas de las principales causas de enfermedad de los usuarios. En el caso de algunas enfermedades crónico-degenerativas, el desabastecimiento llegó a constituir el 80% del total de prescripciones específicas. La situación llegó a tal extremo que a principios del 2003 la Comisión Nacional de Derechos Humanos instó al Sector Salud a que solucionara este problema que se estaba convirtiendo, como ya se señaló, en una de las principales quejas de la sociedad a nivel de derechos humanos. Este proceso se continúa en el 2004, dando lugar a que la Comisión de Derechos Humanos formule un reclamo directo en la Cámara de Diputados para que se interpele a las autoridades del SS, y especialmente del IMSS.

Si bien la mortalidad hospitalaria en niños recién nacidos constituye un fenómeno que ocurre periódicamente en los hospitales oficiales pero también en los privados, si bien los brotes epidémicos son frecuentes a nivel hospitalario y por lo tanto durante los '80 y '90 tenemos antecedentes de casos de muertes hospitalarias, nunca

antes hasta la actualidad y en tan corto plazo había tenido lugar la cantidad de episodios de mortalidad en hospitales oficiales que se dieron durante los años 2002 y el 2003 en diversas partes del país. Y así, en hospitales de Comitán (Chiapas), Campeche, Querétaro, Zacatecas y del DF tuvieron lugar episodios que generaron entre ocho y treinta niños muertos en cada nosocomio en el lapso de pocos días o semanas. Existen varias causas, pero todo indica que los principales factores son la reducción y/o inexistencia de recursos materiales (medicamentos, material de curación, equipo) y humanos básicos, no sólo de atención sino también de mantenimiento, el no cumplimiento de normas higiénicas mínimas por el personal de salud, la falta de capacitación técnica de dicho personal y la carencia de control epidemiológico, así como la saturación de los servicios de cuidados intensivos de los recién nacidos.

Algunas de estas explicaciones han sido reiteradas en cada episodio por expertos de la OPS, por especialistas en infectología del SS, por el propio personal de salud de algunas de esas instituciones y por los familiares de los niños muertos. Inclusive en el episodio que más víctimas generó, ocurrido en Comitán, el gobierno de Chiapas, a través de un desplegado (solicitada) publicado el 17 de enero de 2003 en varios periódicos nacionales, señaló que *"el problema de infraestructura, una de las causas reconocidas por la OPS en el deceso de infantes, no fue atendido por la Secretaría de Salud federal el año pasado. En 2002 no se destinó un solo peso para inversión en salud en Chiapas"*.

El problema del desabastecimiento de medicamentos y equipo ha sido una constante durante el lapso 2000-2004 y ha conducido en numerosas ocasiones a la denuncia abierta del personal de salud, no sólo de los usuarios, y en algunos casos, como el del Hospital Juárez del DF, se tradujo en paros, plantones y amenazas de huelga. Si bien no es el único factor, consideramos que la falta de inversiones está en la base de esta pérdida de la calidad de la atención, porque lo que se observa en los hechos es un deterioro en aspectos claves, y no una mejora de la calidad como prometió la gestión actual. Según la SSA, su red de 500 hospitales está en deterioro en todo el país debido a la falta de inversión en infraestructura; a su vez, el IMSS informa que el 65% de las unidades familiares, el 33% de los hospitales

del tercer nivel y el 80% de los de segundo nivel operan en malas condiciones de infraestructura y de equipamiento. Además, dada la falta de recursos, siete clínicas y seis hospitales no pueden comenzar a funcionar. Tanto para el IMSS como para el ISSSTE las previsiones son negativas en lo que hace al abastecimiento de medicamentos, renovación de equipos y mejoramiento de la infraestructura debido al déficit económico y a la falta de nuevas inversiones.

Si bien es casi obvio que el énfasis en la calidad tiene que ver con mejorar la calidad de la atención médica, dicho objetivo se ha tornado cada vez más urgente debido a que el ajuste estructural generó constantes consecuencias que tendieron a disminuir cada vez más la calidad de los servicios de salud oficiales y especialmente del IMSS, que se caracterizaba por su calidad comparativa, lo cual ha conducido a generar una imagen pública cada vez más negativa de los servicios de salud oficiales, incluidos los del IMSS.

LA TRAYECTORIA DE LAS POLÍTICAS SELECTIVAS

Como señalamos al inicio del artículo, a partir de mediados de los '90 y hasta la actualidad se impulsaron acciones que en su mayoría habían sido propuestas durante los '80 pero que luego se habían estancado, como en el caso de la descentralización, o sólo se habían aplicado limitadamente, como ocurrió con la mercantilización de los servicios.

Durante la segunda mitad de los '90 se retoman las recomendaciones del BM de desarrollar un modelo de atención para la población pobre y marginal basado en la Atención Primaria Selectiva, constituida por un paquete de actividades seleccionadas por su eficacia y bajo costo. Pero este programa no constituye un hecho nuevo para el SS mexicano, dado que acciones selectivas venían siendo aplicadas por lo menos desde la década de los '50 (18), y especialmente durante los '70 a través de la SSA (Programa de Extensión de Cobertura/PEC) y del IMSS (Programa IMSS/COPLAMAR), dada la gran masa de población pobre y marginal que caracterizó históricamente a México. Sólo que entre los '50 y los '70 no se las planteaba en términos de costo/efectividad.

Pero será durante los primeros años de la década del 2000 cuando se trate de desarrollar un sistema único y universal de protección a la salud dirigido a toda la población, sin distinción de ingresos ni de posición social, y adecuándose a las posibilidades de los diferentes grupos familiares. Según el actual secretario de Salud y sus colaboradores, existen en México tres grupos sociales básicos: uno caracterizado por su extrema pobreza, que en su mayoría vive en el medio rural y para el cual se formula un paquete básico de acciones subsidiadas, a las cuales toda persona debería tener acceso; un segundo grupo constituido por los que están en el sector informal y no tienen seguridad social, y para los cuales se organiza un paquete de acciones que sería financiado por prepagos familiares y por subsidios gubernamentales; y un tercer grupo constituido por las personas que, dada su inserción laboral formal, tienen acceso a la seguridad social y que también se caracteriza por el prepago (32).

Ahora bien, todo indica que la implementación de esta propuesta se realiza a través del desfinanciamiento funcional de la seguridad social, de la implementación de los programas de salud para la población marginal y, sobre todo, a través del denominado Seguro Popular de Salud (SP). El objetivo de este último programa es dar atención a toda familia que esté al margen de la Seguridad Social y que está expuesta a gastos catastróficos en salud, de tal manera que se propone dar cobertura gradual a 45 millones de mexicanos. Uno de los objetivos explícitos es el de reducir las desigualdades en la atención de la salud ya señaladas, para una población que se incrementa constantemente y que ya no puede incorporarse a la seguridad social, especialmente al IMSS, dada la nueva conformación de la fuerza de trabajo (17). Desde los '80 hasta la actualidad se estanca la generación de empleos formales, sobre todo en el sector industrial, por lo cual se incrementa constantemente la población no asegurada, dado que cada año se incorporan al mercado de trabajo entre 800.000 y 1.300.000 personas a lo largo del lapso analizado. La SSA estima que la población no asegurada representa el 42% de la población trabajadora, pero según el Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI), para el 2003, el 60% de los mexicanos que trabaja no recibe ningún tipo de prestaciones sociales.

Como señala reiteradamente el actual secretario de Salud, en México y hasta la década de los '80 se pensaba que todo mexicano iba a tener trabajo formal y que por lo tanto estaría cubierto por la seguridad social, pero la economía mexicana se desarrolló generando cada vez menos trabajos "formales", y justamente el SP trata de adecuarse a las nuevas condiciones de esta fuerza de trabajo caracterizada por la "informalidad", el autoempleo y por supuesto la migración. Como sabemos, para el gobierno actual el autoempleo y el "changarro propio" (microempresa) constituyen la solución a la carencia de trabajos formales, y el SP operaría sobre ese sector.

Dada la baja inversión actual del Estado en salud, así como la situación de desfinanciamiento que viven actualmente las instituciones oficiales para cumplir con sus actividades básicas, la cuestión central radicó en cómo financiar el SP. Según la propuesta inicial, se financiaría en forma tripartita a través del gobierno federal, de los gobiernos de los estados y de los propios "asegurados", reconociendo que en un primer momento el financiamiento sería realizado por el gobierno federal, sobre todo respecto de los gastos para construir la red hospitalaria y mejorar la existente, ya que la misma es decisiva para implementar este programa en el segundo nivel de atención.

Si bien se estipula que el SP será gratuito para las familias que no tienen capacidad de pago, reiteradamente el SS insiste en la importancia de la cuota del asegurado, y así el Programa de salud 2001-2006 indica que *"las familias mexicanas gozarán de protección financiera en salud en la medida que a través de un pago anticipado se reduzca significativamente la posibilidad de enfrentar gastos excesivos en salud"* (17, p.9). Por lo pronto, en la fase piloto aplicada en el 2003 y que incluye a 380.000 familias, todas estarían pagando entre veinte y cincuenta pesos mensuales según el SS, pese a que el 95% de ellas tienen ingresos no mayores a tres salarios mínimos. Según estudios de la SSA, la actitud de la población es receptiva al pago de estos servicios, y por eso ha insistido en el prepago a través de cuotas mensuales.

Sin embargo, algunos analistas e inclusive miembros de la Comisión de salud del Senado de la República Mexicana, consideran

que la mayoría de la población afiliada hasta ahora al SP es muy pobre y no está pagando su cuota, pues no tiene recursos para ello (33). Y de hecho, el SS resolvió iniciar este programa en enero del 2004 justamente con los sectores que tienen menor capacidad de pago, por lo cual el aporte familiar es muy limitado. Por otra parte, si bien el SS desarrolló expectativas de lograr la afiliación de personas de medianos y altos ingresos para obtener cuotas más altas, por lo menos hasta ahora no se logró. Pero no obstante eso, aún pagando la mayoría de los afiliados, dichos ingresos sólo cubrirían una parte mínima del costo del SP, y dado que los estados señalaron durante el 2003 sus dificultades para contribuir económicamente, el gobierno federal sigue siendo la fuente casi única de financiamiento.

Entre el 2002 y el 2004, el SS desarrolló varias estrategias para obtener dicho financiamiento; a mediados del 2003, el secretario de Salud informó que el estado federal aportaría una cuota que antes sólo beneficiaba exclusivamente a la seguridad social. Por lo cual durante los años señalados, el gobierno federal presentó reiteradamente ante el parlamento la necesidad de aplicar el impuesto al valor agregado (IVA) a alimentos y medicinas para lograr explícitamente dicho financiamiento, lo cual fue reiteradamente rechazado por la Cámara de Diputados. Esto dio lugar a disputas políticas que concluyeron en el rechazo del Poder Legislativo a aprobar el presupuesto propuesto por el Poder Ejecutivo, lo que condujo al Ejecutivo a asignar directamente un presupuesto de ocho mil millones de pesos para asegurar la implementación del Seguro Popular en el año 2005.

Todo indica que dicho financiamiento se obtuvo de los ingresos obtenidos por la venta de petróleo en el 2004 y especialmente en el 2005, ya que el precio del crudo mexicano se mantuvo a precios altos durante ese lapso e incluso casi duplicó su precio en el mercado en algunos meses del 2005. Esta actitud implica también una continuidad con las formas administrativas desarrolladas por el PRI, que utilizaron los ingresos económicos de la empresa Petróleos Mexicanos como un instrumento político polivalente.

La implementación del SP, si es que se aplica realmente el financiamiento en forma permanente, beneficiará sin duda a la población

abierta de escasos recursos que se afilie al mismo, tal como parece que estaría ocurriendo en la experiencia piloto, pero por el momento está generando algunos problemas que no sabemos si tendrán solución o se incrementarán. Por lo pronto, al recaer el financiamiento casi exclusivamente en el gobierno federal, favorece el desfinanciamiento de la seguridad social, ya que las inversiones no sólo se orientan –por lo menos en parte– hacia los sectores más desprotegidos, como recomienda el BM, sino que el SP es mucho menos costoso que el de la seguridad social. Y ésta es justamente una de las razones de tipo financiero debido a la cual el SS no recurrió al IMSS para implementar este programa, pese a la gran experiencia de esta institución, ya que en los '60 había desarrollado el denominado "esquema modificado" para integrar al seguro a ciertos sectores productivos rurales, como los trabajadores de la caña de azúcar; en los '70 y '80 había organizado y aplicado el programa IMSS/COPLAMAR y en los '90 había impulsado el IMSS/OPORTUNIDADES, que hasta la actualidad constituyen los dos principales programas de salud aplicados a los sectores pobres de las áreas rurales.

Por lo tanto, la exclusión del IMSS debe ser explicada como parte de una política que busca reducir el papel de dicha institución por varias razones, pero básicamente por dos. Porque pese a su desfinanciamiento actual sus costos de funcionamiento siguen siendo mucho más altos no sólo que los de la SSA, sino también del ISSSTE, y más aún del SP. Y por la incidencia en dicho costo de la plantilla laboral activa, pero también de la población que obtiene su jubilación a edades relativamente tempranas.

Por lo tanto, el Seguro Popular es parte de la aplicación de políticas de Atención Primaria Selectiva. Al respecto, es interesante observar que toda una serie de analistas del SS mexicano descubren especialmente desde la segunda mitad de los '90, que se están impulsando en México programas de salud focalizados y selectivos, reconociendo como programas focalizados el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) y el IMSS/OPORTUNIDADES, que se caracterizan por aplicar paquetes de actividades básicas desarrolladas exclusivamente en el primer nivel de atención, excluyendo todo tipo de

intervención quirúrgica y de atención a nivel de especialidades, por lo cual si los pacientes demandan este tipo de intervenciones, deben pagar cuotas de recuperación con precios estipulados. En los primeros años de la década del 2000 se agregan además el Programa de Arranque Parejo en la Vida y el Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas. El conjunto de estos programas trabaja con población marginal preferentemente rural, y en el caso del PAC inclusive trabaja con población rural dispersa.

El enfoque selectivo supone orientar los recursos hacia grupos considerados de alto riesgo, concentrándose en unos pocos problemas prioritarios. Pero como ya lo señalé, en México se venían aplicando programas selectivos desde la década del '50, y no sólo en la población rural. Más aún, a partir de la década del '70 se impulsa el que a nuestro juicio ha sido el programa más eficaz y de mayor continuidad en México: el de planificación familiar, que se instrumenta a través de un paquete de actividades puntuales focalizadas en la mujer. Es decir que el programa más constante y eficaz desarrollado en México en los últimos treinta años ha sido un programa de APS.

Como sabemos, el enfoque selectivo en Atención Primaria (APS) se había desarrollado durante los '70 en discusión y oposición con el enfoque de Atención Primaria Integral (API) (27,34), y sus impulsores sostenían que dicho enfoque posibilitaba llegar a un mayor número de personas y comunidades que el enfoque de API, reducía costos económicos de intervención y tenía mayor eficacia en el corto y mediano plazo al focalizar sus acciones sobre grupos vulnerables y sobre un número seleccionado de problemas prioritarios. La casi totalidad de las acciones se realizaban en el primer nivel de atención. De hecho, organismos como UNICEF hicieron suya alguna variante de la APS a partir de los '70.

Pero a principios de los '90, el Banco Mundial reimpulsa la aplicación del enfoque selectivo especialmente a través de su Informe de 1993, debido no sólo a que este enfoque se articula con sus objetivos, sino sobre todo porque debido a su eficacia puntual y de bajo costo puede reducir las "muertes evitables", acelerar los procesos de reducción de la natalidad y porque puede contener por lo menos algunas de las consecuencias negativas para la salud generadas

por el ajuste estructural, y que para América Latina había sido denunciado por diversas instituciones, incluida la CEPAL.

Desde nuestra perspectiva, no es por lo tanto casual que después del desfinanciamiento de los servicios de salud oficiales durante los '80, ninguna institución haya recuperado sus niveles de financiamiento anteriores al ajuste, salvo el programa IMSS/SOLIDARIDAD a fines de los '80 y principios de los '90. Y aunque el IMSS/OPORTUNIDADES fue congelado por las razones señaladas durante los primeros años de la década del 2000, a partir del 2004 volvió a ser apoyado financieramente. Más aún, como vimos, los programas contra la pobreza, incluido su componente en salud y nutrición, incrementan su financiamiento en términos reales desde fines de los '80.

Teóricamente considero necesario hallar una explicación a por qué la casi totalidad de los analistas de diversa orientación ignoran en sus análisis que el SS mexicano se caracteriza por la aplicación de actividades de APS inclusive respecto de problemas centrales, y que por lo tanto ésta no es una característica exclusiva de los años '90. Pero además, para mí, lo sustantivo es discutir si la APS tiene un nivel de eficacia mucho mayor que lo planteado por sus críticos, entre los cuales por otra parte me incluyo (27).

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, CIUDADANÍA Y OTROS MENESTERES

Correlativamente durante los '90, el SS formuló propuestas para favorecer la participación comunitaria, y durante los primeros años de la década del 2000 habla cada vez más de ciudadanía y democratización vinculadas a la salud. El programa nacional de salud 2001-2006 propone fortalecer las acciones comunitarias a favor de la salud a través del Programa de Acción de Comunidades Saludables y del programa MIDAS, con el objetivo de otorgar a la población mayor capacidad de decisión. Estas y otras formulaciones están estrechamente relacionadas con las políticas de descentralización y la lucha contra la pobreza, dado que ciertos procesos descentralizadores no habían tenido consecuencias demasiado positivas, por lo menos en lo referente al proceso *s/e/a*.

Como sabemos, los proyectos de descentralización pueden tener objetivos diferentes y hasta antagónicos, aún proponiendo conceptos y mecanismos de descentralización similares, de tal manera que proponer que la sociedad civil debe hacerse cargo de implementar, supervisar e inclusive financiar determinadas actividades de salud no significa demasiado si no se precisan los objetivos y las fuerzas sociales que se hacen cargo de las acciones, así como el papel de las mismas en la toma de decisiones (28). Por lo cual, en función de los objetivos, podemos ordenar esquemáticamente las propuestas de descentralización en dos grupos:

1.a) este proceso busca reducir el papel del Estado federal y favorecer el papel activo de los estados y de los municipios, debido a que posibilita la aplicación de medidas con mayor eficacia y especificidad, en función de que los encargados de aplicar los programas conocen sus propias problemáticas, así como pueden adecuar las tecnologías generales a las condiciones locales; b) reduciría el peso de las burocracias centrales, agilizaría las tramitaciones a nivel local, y limitaría las posibilidades de que las burocracias dediquen gran parte de los recursos a su propia reproducción; c) en la medida que la descentralización se profundice, posibilita la participación e involucramiento de los conjuntos sociales locales, de tal manera que los sectores de la sociedad civil serán los que se responsabilicen de determinados tipos de actividades, así como de la supervisión de las desarrolladas por el SS.

2.a) favorece la reducción del papel del Estado, pero también la responsabilidad directa de éste frente a los problemas de salud, los cuales remiten a los estados descentralizados, municipios e inclusive grupos de la sociedad civil; b) descarga las responsabilidades del gasto en salud en los estados y organismos descentralizados, y descarga no sólo parte del gasto en salud, sino también las soluciones a los problemas de salud directamente en los sujetos y grupos; c) favorece los objetivos e intereses de los sectores dominantes a nivel local, dado que refuerza su control sobre los recursos locales; d) facilita la penetración de los intereses privados en el SS a nivel local. Estos dos últimos aspectos se darían sobre todo en las comunidades en las cuales hay un escaso desarrollo autónomo de la sociedad civil.

Ahora bien, más allá de los reales objetivos y de las fuerzas sociales que participan en la descentralización a nivel del SS mexicano, lo cierto es que durante los '90 varios organismos internacionales, y especialmente el Banco Mundial, han tratado de profundizar dicho proceso sobre todo a nivel de las localidades pobres y marginales, dado que varias de las principales expectativas sólo se cumplieron parcialmente y otras directamente no funcionaron. Los expertos del Banco Mundial descubren que la descentralización a nivel estatal e incluso municipal no basta para asegurar la eficacia de las acciones, por lo menos en lo referido a los procesos de s/e/a. Por lo cual se proponen medidas para impulsar la participación de las comunidades, incluyendo requisitos a nivel municipal para favorecer la llegada de los insumos a las localidades, así como para favorecer su participación.

El Banco Mundial, que durante los '90 pasa a constituir el organismo internacional con mayor incidencia en las políticas de salud de los países subdesarrollados, impulsa la participación comunitaria como uno de los principales mecanismos de control sobre los poderes discrecionales de las autoridades estatales, municipales y locales, haciendo suyo gran parte de los conceptos y tecnologías que durante los '60 y '70 habían desarrollado los grupos que basaban sus expectativas de transformación social en el incremento de la participación colectiva. Y así para los expertos del BM, al igual que para teóricos y activistas de las décadas señaladas, lo que asegura el logro de los objetivos más allá de los intereses de las autoridades y burocracias municipales, estatales y federales es el involucramiento de los sujetos y grupos, sobre todo en los pasos decisivos de una estrategia de acción específica. Este involucramiento posibilita además que la participación sea más activa y creativa (28,29).

Un análisis de la aplicación de los programas contra la pobreza, y especialmente del programa Solidaridad en Oaxaca durante los '90, concluye que *"en los estados más pobres de México la descentralización da más poder a los gobiernos estatales sin que necesariamente se fortalezca la capacidad institucional, ni el poder de negociación de los gobiernos rurales locales... La descentralización a nivel de Estado corre el riesgo de reproducir el centralismo en el ámbito*

estatal" (35, p.121). Cabe agregar que en las comunidades no se ha impulsado la participación social, debido a que las autoridades no aplicaron los requisitos establecidos para favorecer dicha participación, y señalar que ni el gobierno federal ni el propio BM fomentaron la supervisión sobre la aplicación de las actividades de participación propuestas por dichas instituciones.

Sin embargo, el discurso del SS durante los primeros años de la década del 2000 ha subrayado reiteradamente la necesidad de la participación comunitaria y de desarrollo de los municipios saludables. Ha hecho referencias constantes al papel de las ONGs. y de los grupos de autoayuda como organismos para enfrentar en particular ciertos problemas de salud, dado que ellos conocen a la población con que trabajan, concentran sus acciones en actividades específicas y suelen tener un interés personal en los problemas en que trabajan (8).

Este reconocimiento se vincula al papel que las autoridades sanitarias actuales dan a las condiciones de salud como parte del proceso de democratización que vive México, y como criterio básico de ciudadanía propuesto explícitamente en el Programa de salud para el período 2001-2006, en el cual se señala: *"El término ciudadano se asocia al ejercicio de derechos y obligaciones que se definen en el marco de una constitución. Estos derechos y obligaciones no son exclusivamente civiles y políticos. Las concepciones modernas de ciudadanía consideran que la libertad, la igualdad ante la ley y el ejercicio de los derechos políticos son nociones ambiguas a menos que todos los habitantes hayan alcanzado un nivel digno de vida";* y agrega: *"el principio de ciudadanía reconoce la protección de la salud como un derecho de todos, exige la definición precisa de los beneficios que este derecho implica y demanda el diseño y puesta en marcha de mecanismos para hacerlos valer. La protección de la salud deja de ser una mercancía, un privilegio o un objeto de asistencia para convertirse en un derecho social"* (8, p.73-74).

De tal manera que la ciudadanía y la democratización refieren al logro de condiciones de salud dignas y equitativas para toda la población como parte de procesos económico/políticos, sociales y técnicos, entre los cuales la descentralización, especialmente en el nivel municipal, cumpliría un papel decisivo. Como sabemos,

las críticas al Estado centralizado, vertical, autoritario, "proveedor", y/o "populista" habían justificado y promovido la descentralización y el adelgazamiento del Estado como procesos complementarios que favorecerían la democratización en forma casi inmediata. Lo cual desgraciadamente no se dio, porque todo indica que la descentralización y desconcentración, y aún más si van acompañadas de una tendencia a la mercantilización, cuando operan en países en los cuales la sociedad civil es débil, tiende sobre todo a favorecer la concentración del poder económico y a mantener –e incluso a incrementar– las desigualdades sociales, como lo habían señalado en el pasado autores muy conocidos pero cada vez más olvidados, o resignificados en términos exclusivamente culturales, como es el caso de Gramsci (18,36).

Nuestra revisión de las políticas del SS mexicano y de algunos organismos internacionales nos indica que éstos reconocen la existencia de la pobreza, la falta de democratización, las inequidades, etc., y sus consecuencias en América Latina, y en México en particular. Es decir que las instituciones y los gobiernos no ocultan este tipo de problemas; más aún, yo diría que en los casos de la pobreza y extrema pobreza casi los exhiben. Pero de lo que casi no hablan es de las desigualdades socioeconómicas y de los mecanismos sociales que favorecen el enriquecimiento de determinados grupos; de tal manera que el enfrentamiento con los problemas reconocidos se reduce a combatir la pobreza y a reducir la inequidad en áreas como salud, pero nunca a combatir las desigualdades socioeconómicas, como si estas desigualdades no tuvieran mucho que ver con la pobreza. Estas orientaciones, y lo subrayo, implican el desarrollo constante de un proceso de apropiación y de resignificación de conceptos, incluidos conceptos desarrollados por tendencias radicales, para implementarlos en función de sus propios objetivos, como lo hemos observado respecto del concepto de ciudadanía.

Pero además, factores estrechamente ligados a los procesos descritos, como la corrupción y la impunidad más o menos endémica, favorecen la orientación de la descentralización hacia la concentración del poder y la discrecionalidad de los poderes locales. Según investigaciones recientes, la descentralización del Sector

Salud incrementó aún más la falta de transparencia en el uso de los recursos financieros por parte del Estado, ya que *"...en la medida en que se ha ido descentralizando y otorgando facultades a los estados, el control de la correcta utilización de los recursos es cada vez más difícil"* (24, p.19). Si bien se han creado dispositivos para mejorar la transparencia, no se ha logrado; por el contrario, se ha incrementado la falta de la misma, ya que la descentralización no promovió hasta ahora en los estados *"...la capacidad administrativa para generar mecanismos eficientes en términos de rendición de cuentas y de transparencia"* (25, p.24). Más aún, *"no existen los mecanismos explícitos que garanticen que las entidades federativas cumplan con las obligaciones señaladas en la ley"* (15).

La descentralización y desconcentración propuesta por el SS mexicano considera que todo aquello que puede asumir un órgano de gobierno local no debe ser asumido por autoridades superiores, por lo cual el objetivo es que los servicios de salud sean impartidos desde una perspectiva local. Y por lo tanto, propone al municipio como la "instancia natural" para profundizar la descentralización y para el desarrollo de las denominadas "comunidades saludables", basadas en el fortalecimiento de las acciones comunitarias (8, p.83).

Como concluye Fox (35), estas propuestas sólo han operado en forma muy reducida. Ya hemos señalado algunos aspectos de la orientación real dada a la descentralización por el SS, que indican que los estados siguen siendo fuertemente dependientes, pero aún más importante es señalar que la descentralización, salvo muy contadas excepciones, no ha llegado al nivel municipal a partir de las propuestas del SS. El municipio ha sido tradicionalmente una instancia decisiva para toda una serie de actividades básicas referidas al procesos s/e/a (h), y si bien las comunidades y los municipios constituyen ámbitos decisivos para el desarrollo de los procesos de democratización y de ciudadanía, también constituyen la sede de los procesos que tienden a reducir e incluso anular la democratización, y a excluir a los sujetos de la ciudadanía a través de los poderes e intereses locales de los sectores dominantes. En varios trabajos hemos analizado que justamente el municipio y las comunidades, especialmente en los

ámbitos rurales, constituyen los lugares en los cuales las posibilidades de democratización y ciudadanía implican mayores luchas para enfrentar la desigualdad y la falta de equidad debido a varios factores entre ellos la estructuración de poderes caciquiles (28,37) (i).

Debemos recordar además que determinadas acciones municipales previas al proceso de descentralización siguen desarrollándose, porque el proceso de descentralización se caracteriza hasta ahora por la falta de recursos, lo cual favorece el uso del municipio como un medio para obtener recursos y beneficios que contradicen las actuales políticas de salud, pero que son continuidad de lo que históricamente ha ocurrido a nivel local (j). Más aún, la descentralización habría incrementado estos "usos y costumbres" municipales como mecanismo para la obtención de recursos.

A partir de los datos que manejamos, la apelación a la ciudadanía, sociedad civil y democratización tiene un cariz técnico e ideológico que tiende a dejar de lado los procesos que reducen, interfieren o favorecen los procesos sociales que se buscan impulsar. Y me refiero a la detección de grupos de poder, de mecanismos de clientelismo, al uso de los insumos de salud como técnicas de dominación o a la identificación de cuáles son las características comunitarias que favorecen o limitan los procesos de democratización. Esto lo podemos observar a través de la primera actividad desarrollada por el programa de comunidades saludable, que fue la de capacitar a los responsables del programa y al personal de las 224 jurisdicciones sanitarias. Constatamos que la información que recibieron fue básicamente de tecnología biomédica respecto de procesos que presentan aspectos técnicos, pero que en su mayoría son políticos y sociales. Y es por eso que en los análisis y evaluaciones de la descentralización realizados por el SS sólo se presenta información sobre si mejoraron o no los indicadores de salud, pero no se describe ni se analiza cómo la descentralización impacta los procesos de democratización y de ciudadanía. Más aún, muchos de los cursos que se dan al personal de salud en términos de la denominada interculturalidad en salud tienden a dejar de lado los procesos de poder que se oponen o reorientan la descentralización a nivel

local, reduciendo su información a los aspectos culturales desprendidos de las relaciones de poder, lo cual supone un retroceso hacia las propuestas culturalistas y funcionalistas previas a los '60 (18,19,26,36,39).

No obstante, y como ya lo señalamos, durante la década del '90, y sobre todo durante los primeros años de la década del 2000, el SS no sólo reconoció el papel de la sociedad civil y especialmente de las ONGs, sino que tomó en cuenta algunas de sus propuestas e incluso consultó con algunas ONGs la implementación de campañas preventivas. Como por ejemplo lo hizo el SS en los primeros meses del 2005 con grupos gay y no gay vinculados a la lucha contra el VIH-SIDA, que colaboraron en la elaboración y lanzamiento de una campaña antihomofóbica.

Pero todo indica que la orientación dada a la descentralización, así como la relación establecida con los sectores comunitarios en términos de ONGs, grupos de autoayuda u otro tipo de grupos sociales, incluyen sólo determinadas propuestas en la medida que las mismas descarguen ciertas responsabilidades y actividades del SS, como ocurre con los grupos de autoayuda y especialmente los grupos de Alcohólicos Anónimos, o que se caractericen por su activismo social específico como es el caso de los grupos gay en relación con el VIH-SIDA, o que refieren a procesos que son prioritarios para el SS y/o para el BM, como son determinados aspectos de la salud reproductiva impulsadas por ONGs femeninas y a veces feministas.

Respecto del papel de la "sociedad civil" y especialmente de las ONGs, dominan dos interpretaciones de tipo maniquea, de tal manera que para unos suponen una suerte de panacea en términos de intervenciones así como la principal expresión de la sociedad civil, mientras que para otros, las ONGs constituyen una de las principales expresiones de las políticas neoliberales, dado que asumen desempeñar funciones que cuestionan el desarrollo del estado de bienestar favoreciendo los procesos de privatización de las actividades de salud, por lo cual reciben financiamiento de las agencias e instituciones internacionales que promueven dichas políticas. Por supuesto que ambas orientaciones remiten sus conclusiones a la "mayoría" de las ONGs, lo cual sin embargo no evita sus orientaciones unilaterales.

Lo que no cabe duda es que en México, determinadas ONGs pasan a primer plano justamente durante el período en que se inicia el ajuste estructural y relacionadas básicamente con ciertos aspectos de la lucha contra la pobreza y con problemas de salud reproductiva. De lo que tampoco cabe duda es del papel de los financiamientos internacionales y nacionales en el desarrollo y perduración de las ONGs, así como la tendencia de las mismas a profesionalizarse. Pero para México contamos con muy pocos análisis sobre el papel de las ONGs que trabajan en el campo de la salud, y especialmente sobre el papel técnico y político que realmente han tenido y tienen esas ONGs.

A fines de los '80 y principios de los '90 en América Latina, incluido México, se desarrolló la propuesta de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) (26), que suponía la inclusión de la participación ciudadana a nivel de municipio y de otras unidades locales como elemento decisivo del funcionamiento de los organismos oficiales de salud. La casi desaparición de este concepto a nivel de la gestión actual, y su reemplazo por el de "comunidades saludables" evidencia el proceso de reducción de la participación social a un ámbito técnico y controlable, lo cual ha sido lo dominante en las relaciones del SS con las comunidades a nivel latinoamericano (18,41,42).

Considero que las propuestas y tipos de actividades actuales sobre participación social constituyen una continuidad con las que viene proponiendo el SS desde por lo menos la década de los '50; lo que cambia es el discurso, ya que ahora se habla de ciudadanía y menos de desarrollo comunitario, y se apela a las ONGs y menos a la comunidad. Pero inclusive la propuesta sostenida en el Programa de salud 2001-2006 de que la población participe en el diseño, implantación y evaluación de políticas y programas es similar a las propuestas realizadas sobre todo a partir de los '60. Más aún, la propuesta de crear Asambleas municipales para operar en los procesos señalados e incrementar la participación ciudadana recuerda no sólo la propuesta de los Servicios Coordinados de Salud en 1982 (43) sino las generadas en los '70, que estipulaban que para cumplir con la aplicación de los programas de salud en el medio rural se llevarían a cabo asambleas de campesinos como método

básico en el estudio de problemas, análisis de recursos y toma de decisiones, así como deberían organizarse comités designados por las asambleas de campesinos para la ejecución de los trabajos y manejo de los recursos (44). Por lo cual considero una vez más que es a través de las actividades aplicadas, y no de los discursos, que podemos observar cuáles son las reales políticas de salud en los '70, los '80 o en la actualidad.

Subrayo que esto no significa que no haya modificaciones, sobre todo en el papel creciente de ciertos grupos de la sociedad civil, pero dicho proceso es parte de las continuidades del SS y no la irrupción adámica que algunos parecen descubrir en los '90.

En lo referente a la participación social, debemos recordar que el SS y el personal de salud se han caracterizado históricamente por establecer con la población un tipo de relación que tiende a limitar la participación ciudadana, más allá de las apelaciones a la misma. Estas relaciones se han caracterizado por el dominio de un fuerte autoritarismo y verticalismo no sólo en la relación personal de salud/paciente, sino también en términos de la relación institución/paciente y en las demás relaciones que se dan entre las autoridades de las instituciones y el personal de salud de las mismas.

Esta situación se observa en el hecho de que desde que se creó la Dirección de Derechos Humanos a nivel nacional, las quejas centradas en los procesos de *s/e/a* aparecen reiteradamente entre las principales causas de denuncia ciudadana, emergiendo en el 2002 como la primera causa y referida especialmente a procesos de atención médica. Pero las relaciones verticales no sólo operan respecto de los usuarios, y me interesa subrayarlo, ya que una característica de las instituciones de salud ha sido la prohibición, el hostigamiento, la oposición a que el personal de salud –incluidos los médicos– "denuncie" técnicamente los hechos negativos que están operando en sus instituciones, como ocurrió durante el 2002 y el 2003 con los episodios de muertes de recién nacidos y de desabastecimiento de recursos básicos. Por lo tanto, consideramos muy difícil que el personal de salud impulse el desarrollo de actividades de participación democrática en la población usuaria, cuando dichas actividades están restringidas respecto de

sus propias demandas en las instituciones en las que trabajan, dado el autoritarismo y verticalismo dominante en las mismas.

Toda una serie de procesos favorecen esta tendencia no participativa que excluye a la población, siendo la mera aplicación de las normas técnicas biomédicas, uno de los más frecuentes y determinantes ya que en su mayoría reducen la posibilidad de participación de los usuarios de los servicios, sobre todo en términos de autonomía relativa. Ortega (45) ha hecho una notable descripción de cómo las normas de atención del parto excluyen del mismo la presencia del varón en instituciones de salud yucatecas. Debemos subrayar que todavía, por lo menos en las comunidades rurales yucatecas, la presencia del varón es decisiva para el desarrollo de un buen parto, dado el papel activo que cumple el varón durante el mismo. Pero las normas de higiene biomédica excluyen al varón de un tipo de participación que no sólo es "socio-cultural", sino que puede beneficiar técnica y socialmente a todos los involucrados en el proceso de parto, y especialmente a la madre y al recién nacido.

PRIVATIZACIÓN, MERCANTILIZACIÓN Y ALGUNAS LEYES MÁS

Un último e importante aspecto a tratar en términos de discontinuidad es el que refiere a la privatización y mercantilización a los que estarían siendo sometidos los servicios oficiales de salud mexicanos y especialmente el IMSS, así como al incremento de la atención médico privada.

Estos procesos, según varios analistas, se estarían dando en el conjunto de los países de la región, ya que las empresas privadas nacionales e internacionales tratan de apropiarse de los fondos sociales de contribución obligatoria, que en algunos casos son los únicos fondos importantes disponibles en América Latina. Según Fleury, *"la disputa por el control de los fondos se ha agudizado en los últimos años facilitado por la crisis financiera de los sistemas de protección social y por el peso de una ideología liberal que ve la solución en el desmantelamiento del Estado"* (46, p.311). Más aún, según Laurell (47), en los '90 se implementa en México una política social que

convierte el mercado en el principal organizador y beneficiario de los servicios sociales que antes eran regulados por el Estado.

Ahora bien: en el caso de México, lo que se ha privatizado hasta ahora son los fondos de pensiones que antes estaban en manos del Estado y especialmente del IMSS, mientras que en el caso de los servicios de salud observamos procesos de mercantilización de la salud, pero sin que todavía sea significativa la privatización.

Al respecto, no cabe duda de que diversas instituciones oficiales y privadas que antes cubrían sus necesidades de atención a la enfermedad a través del IMSS y del ISSSTE, en la actualidad lo hacen a través de seguros privados de gastos médicos mayores. Tampoco cabe duda de que los grandes institutos oficiales médicos como el Instituto Nacional de la Nutrición o el Instituto Nacional de Cardiología han incrementado cada vez más la mercantilización de sus servicios, aplicando criterios de rentabilidad muy similares en algunos aspectos a los de los grandes hospitales privados. Y si bien mantienen cupos de hospitalización para sectores de bajos ingresos, no cabe duda de que también se ha incrementado la hospitalización de la población con capacidad de pago. Pero si bien durante los '90 se incrementan estas tendencias, ello no significa que antes no hubiera hospitalización paga en los grandes institutos médicos oficiales ni que no existiera atención médica privada para ramas laborales enteras, como era el caso de los trabajadores bancarios.

En el caso especial del IMSS tampoco cabe duda de que algunos servicios, como el de guarderías, han sido subrogados, así como se generaron algunas reformas administrativas que favorecen la privatización de los servicios de salud, de tal manera que la posibilidad que las empresas tienen de revertir las cuotas que aportan a la seguridad social, podría incrementar la compra de seguros de salud privados en lugar de permanecer afiliados al IMSS.

Pero pese a estas posibilidades, y pese a que algunas cámaras empresariales, sobre todo a fines de los '90, presionaron para que se permitiera subrogar en forma privada los servicios de salud del IMSS, el incremento de los seguros de salud privados ha alcanzado un techo que correspondería al 11% de la población, sin observarse incrementos significativos en los últimos años.

La posibilidad de un mayor ejercicio de la medicina privada, incluyendo la privatización de servicios oficiales, reside en la rentabilidad de la inversión, y dados los bajos niveles de ingreso de la mayoría de los derechohabientes del IMSS, la atención de dicha población no se convierte en rentable para la empresa privada, no sólo en el primer nivel de atención sino especialmente en el segundo y tercer nivel de atención. A las compañías privadas, especialmente a las aseguradoras, no les gratifica económicamente dar atención a la mayoría de la población derechohabiente, dado el bajo nivel de ingresos de la misma y el escaso nivel de inversiones del Estado. No constituye un negocio rentable para dichas empresas, dado los márgenes de ganancia que pretenden y los mecanismos de exacción económica que aplican a la población asegurada. Pero tampoco es rentable para empresas médicas que ofrecen sus servicios como alternativa a la seguridad social, como se puso de manifiesto en la primera mitad de los '90 cuando se desarrolló en pocos años una notable oferta de empresas médicas medianas basadas en el prepago, pero que en su casi totalidad desaparecieron al poco tiempo, por la simple razón de que la mayoría de la población mexicana es pobre y no puede contratar sus servicios.

Cuando a fines de los '90 se legisló respecto del funcionamiento de los seguros privados de salud, dando lugar al desarrollo de propuestas de oferta de servicios de salud por parte de las principales empresas nacionales e internacionales de seguro, se pensó que se impulsaría notablemente la afiliación de personas y grupos a dichos servicios, lo cual sin embargo no se dio en función de las expectativas que tenían las empresas aseguradoras.

Varias de esas empresas se dispusieron a organizar e impulsar las HMO (Health Maintenance Organization) o "medicina administrada", las cuales habían tenido una notable expansión en los EE.UU. a principios de los '90, y así por ejemplo compañías de seguros mexicanas programaron la instalación de "clínicas integrales" a nivel nacional caracterizadas por sus bajos precios comparativos, pero al poco tiempo clausuraron su programa de expansión.

Lo que debemos reconocer es que en el Sector Salud se impulsan actividades aparentemente contradictorias, ya que el Estado sigue manteniendo la propiedad de los servicios de

salud, pero favoreciendo con varias medidas a la empresa privada. Y así, por ejemplo, durante la segunda parte de los '90 se establecen reformas en el IMSS que reducen notablemente el aporte empresarial a la seguridad social; a su vez, el Estado y el SS en particular posibilitan la escasa producción y comercialización de fármacos genéricos, mientras la Seguridad Social sigue siendo el principal comprador de las empresas químico/farmacéuticas privadas. Pero estas no constituyen contradicciones, sino que simplemente son parte de las políticas complementarias entre Estado y empresa privada que caracterizó a los regímenes políticos mexicanos, sobre todo desde la década del '50 hasta la actualidad.

Diversos análisis sostienen que las nuevas reformas del IMSS favorecen la privatización, y señalan especialmente la inclusión del artículo 89 que permite la subrogación de servicios y la reversión de cuotas, pero como señala uno de los principales expertos laborales "progresistas", este "nuevo" artículo es copia del artículo 97 del reglamento anterior del IMSS. Lo que ocurría, como señala De Buen (48), es que dicho artículo se aplicaba muy poco, pero no obstante se aplicaba y fue dicho artículo el que posibilitó que la Banca mexicana desarrollara servicios privados de atención a la salud bajo los regímenes "populistas".

Otra contradicción señalada por varios analistas es que en México la Ley de Salud establece la gratuidad de los servicios de salud, mientras que el Seguro Popular trata de imponer el prepago a la población. Según el actual director de la escuela de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el SP atenta contra las obligaciones del Estado y contra la Constitución Mexicana, al no cumplir con el requisito de gratuidad de los servicios establecido por la Ley de Salud, considerando que ello es parte del proceso de privatización y mercantilización de los servicios oficiales de salud.

Si bien esta contradicción es real, debemos no obstante reconocer que dicha gratuidad funcionaba frecuentemente sólo en términos formales, dado que inclusive a nivel de atención primaria existían las denominadas "cuotas de recuperación" (k) por lo menos desde la década del '60. Por eso, frente a las críticas de que el SP impulsa la privatización al transferir los costos de atención médica a los usuarios, el actual secretario de Salud

señala que desde hace mucho tiempo se ha dado en México una privatización silenciosa, de tal manera que a principios del 2000 más del 50% del gasto privado en salud corresponde al "gasto del bolsillo" familiar, pese a existir instituciones de salud oficiales que ofrecerían servicios gratuitos.

Considero una vez más que la mercantilización y privatización de los servicios de salud en México deben ser analizadas incluyendo toda la variedad de procesos que expresan diferentes situaciones frecuentemente contrastantes, para hallar explicaciones que vayan más allá de las interpretaciones dominantes, caracterizadas por su polarización. De tal manera que los analistas críticos incluyan los aspectos que cuestionan las tendencias no privatizadoras y no sólo los aspectos que subrayan el proceso privatizador, que además los ha llevado en los últimos años a generar una lectura de la Seguridad Social previa al impulso de las políticas neoliberales, como si esa Seguridad no hubiera sido parte, entre los '40 y los '70, de un determinado proyecto capitalista de desarrollo. Y que a su vez, los que tienen a su cargo actualmente el desarrollo de las políticas neoliberales dentro del Sector Salud, cesen de proponer interpretaciones falaces de la trayectoria de dicho Sector al sostener, por ejemplo, que en México no existe una cultura del aseguramiento basada en el prepago y que por lo tanto es necesario impulsar el desarrollo de esta cultura entre nosotros (8,17). Lo cual es como mínimo incorrecto, dado que en México dominaba hasta bien entrados los '80 una clara cultura del aseguramiento, y no sólo en la población derechohabiente, sino en la población abierta así como en los médicos y en el personal paramédico, que tenían como referencia básica de sus posibilidades de trabajo en salud a las instituciones de seguridad social del Estado. Había una expectativa de que la mayoría de la población urbana iba a poder tener en algún momento "seguro" –como reiteradamente lo reconoce el actual secretario de Salud–, y por otra parte la mayoría de los médicos que se recibían aspiraban también a trabajar en el "seguro". Estas eran las metas en los '60, '70 y aún en los '80. Pero estas metas fueron desapareciendo, no porque no hubiera una "cultura del aseguramiento" sino por los cambios generados en gran medida por las políticas neoliberales que en parte hemos estado analizando en este trabajo.

A partir de los datos con que contamos hasta ahora, a mi juicio el proyecto desarrollado durante el lapso analizado no pasa tanto por la privatización, sino por la mercantilización que trata de aplicar criterios de rentabilidad a las instituciones oficiales, lo cual en nombre de la equidad es lo que trata también de impulsar el Seguro Popular.

LOS FINES Y LOS MEDIOS

Si bien, como lo señalamos al inicio de este trabajo, un análisis del SS debería referirse tanto a la orientación y trayectoria de las políticas y actividades desarrolladas por el SS como al impacto de las mismas respecto de los daños a la salud, por las razones ya aducidas me centré en el primer aspecto, pero recordando que no es posible entender sólo determinados discursos del SS, sino también la trayectoria real del mismo si no lo referimos al papel que ha desempeñado en el abatimiento de los daños a la salud. Máxime cuando –como hemos visto–, los principales organismos de salud internacionales preveían que las políticas de ajuste iban a incidir en las condiciones de salud de la población.

De allí que uno de los objetivos centrales de dichos organismos en la década del '90 fue el de apoyar e impulsar actividades que redujeran las consecuencias negativas de los ajustes económicos en el proceso *s/e/a*, tal como podemos observarlo especialmente en el caso del Banco Mundial, quien durante la década de los '90 se convierte "*...en el mayor financiador individual de programas de salud en los países en desarrollo*" (49, p.111), ya que para 1999 apoyaba con 9.500 millones de dólares 199 proyectos de salud, nutrición y planificación familiar en 84 países. Más aún, su reimpulso de la Atención Primaria Selectiva tiene que ver con evitar el deterioro de los principales indicadores de salud, y de allí el peso colocado en ciertas acciones puntuales y referidas a los grupos más vulnerables.

La prioridad de este objetivo debe ser relacionada con los aparentes vaivenes en las orientaciones del BM, así como con la utilización de conceptos y la referencia positiva a procesos aparentemente antagónicos con sus objetivos, y me refiero por ejemplo a la incipiente recuperación por algunos de sus funcionarios del papel

del Estado "para compensar los efectos de las fallas del mercado" (5, p.99), así como al rol dado a la sociedad civil, a la participación social, al involucramiento de los actores en la solución de los problemas de s/e/a, al énfasis en la necesidad de impulsar la equidad a través de los servicios de salud, o al reconocimiento de la importancia de la perspectiva de género que incluye la utilización de conceptos como "empoderamiento".

Más aún, tiene que ver con las aparentes incongruencias que tendrían algunas de sus propuestas, ya que en los '90 el BM impulsa simultáneamente tanto la Atención Primaria Selectiva como también un tipo de participación social comunitaria basada en el involucramiento de los actores y en la recuperación de sus características socioculturales, cuando justamente la APS se caracteriza por la exclusión o por lo menos secundarización de los procesos e instrumentos socioculturales así como por su verticalidad debido a que se guía básicamente por criterios técnicos de eficacia.

Desde mi perspectiva, debemos asumir que éstos y otros aspectos no significan necesariamente incongruencias, sino reorientaciones pragmáticas que posibiliten cumplir los objetivos centrales, en este caso la continuidad de la aplicación de las políticas neoliberales. Debemos asumir que la descentralización, la ciudadanía, la participación en términos de involucramiento y la sociedad civil son conceptos, y que la significación práctica de los mismos depende de las fuerzas sociales que se hagan cargo de los mismos y no de los "conceptos en sí" (36). Depende de los usos que se les dé más allá del nombre que tengan esos usos, por lo cual es interesante constatar, por ejemplo, que el uso de estos conceptos y el desarrollo de prácticas relacionadas con los mismos no modifican la estructura y orientación del gasto en salud, por lo menos en el caso mexicano, ya que sigue orientado hacia la atención médica y especialmente hacia el tercer nivel de atención.

Este pragmatismo lo podemos observar en varios de los procesos que hemos analizado, como por ejemplo la suspensión de la descentralización a fines de los '80 y su reinicio y conclusión en la segunda parte de los '90; en el cese de apoyos financieros al IMSS/OPORTUNIDADES durante los primeros años de la década del 2000, y la decisión de volver a financiarlo y de

otorgarle otros beneficios financieros a fines del 2004; en el incremento sostenido desde fines de los '80 hasta la actualidad de las inversiones financieras en los programas contra la pobreza, y especialmente de su componente en salud y nutrición, que en el 2004 supone una inversión que representa el 1% del PBI, cuando sabemos que para el mismo año el presupuesto en salud se mantiene dentro del 2,5% del PBI. Y justamente para nosotros, la no privatización de los servicios de salud oficiales hasta hoy –y subrayo lo de hasta hoy– forma parte también de este pragmatismo.

Nuestra principal conclusión es que durante todo el lapso analizado se aplica la mayoría de las políticas básicas iniciadas en los '80, manteniéndose una escasa inversión del Estado en salud, lo cual no significa que no hubiera modificaciones y discontinuidades debidas a diferentes factores coyunturales y estructurales, ya que incluso observamos que algunos objetivos no se logran, como ocurre con la constitución de un servicio integrado de salud, pese a que hasta fines del 2004 el secretario de Salud sigue insistiendo en la necesidad de crear un sistema universal de protección a la salud sin distinción de niveles de ingreso o de posición laboral. De tal manera que bajo el nuevo gobierno que reemplaza setenta años del PRI se mantienen los mismos objetivos y se aplican las mismas estrategias, expresando una notoria continuidad con las políticas gestadas a partir de principios de los '80.

De nuestro análisis surge un último aspecto que me interesa retomar: me refiero a que pese a las dos décadas perdidas de 1980 y 1990, la mayoría de los principales indicadores de salud mejoran. En estas conclusiones no voy a analizar este proceso, pero considero que el mismo no puede ser "solucionado" con interpretaciones simplistas y mecanicistas, y que amerita un análisis complejo respecto de un proceso complejo. Considero además que la investigación y reflexión de éste, y de toda una variedad de problemas señalados a través del texto, requieren ser analizados dado que son decisivos no sólo para explicar la trayectoria del Sector Salud y su papel en la reducción de los daños, sino porque los considero estratégicos para pensar alternativas de acción desde dentro y fuera de los procesos de s/e/a.

NOTAS FINALES

a. En función de nuestra descripción, es necesario aclarar que durante la década del '90 y primeros años de la década del 2000 el dólar norteamericano oscilaba entre 10,40 y 12 pesos mexicanos.

b. El término "población abierta" utilizado por el SS se refiere a la población que no tiene seguridad social, pero no a toda población de este tipo sino a los sectores pobres, ya que no incluye a los sectores sociales con capacidad para pagar servicios privados. Es decir que los "abiertos" son sólo los pobres.

c. Debe subrayarse que, si bien la mortalidad por gastroenteritis y por enfermedades respiratorias agudas se ha reducido notablemente, las mismas siguen constituyendo las dos principales causas de morbilidad en menores de cinco años.

d. Esta afirmación no ignora que muchos de los "nuevos" medicamentos son "viejos" medicamentos renovados en función de incrementar sus precios, pero ello no implica desconocer el desarrollo de varios nuevos medicamentos eficaces, especialmente para los cuadros crónicos-degenerativos.

e. El apoyo financiero dado a IMSS/SOLIDARIDAD y a la lucha contra la pobreza durante el lapso 1988/1994 se atribuyó a los objetivos políticos del grupo encabezado por el presidente Salinas; lo mismo se señala en la actualidad respecto del Seguro Popular, SEDESOL y Arranque Parejo en la Vida, que serían utilizados por la gestión presidencial también con objetivos políticos. Estos programas, además de su función específica, se estarían utilizando para cooptar políticamente a la población beneficiada.

f. Durante los '80 y los '90 se hicieron varias modificaciones a los aportes obligatorios que deben realizar el Estado, las empresas y los trabajadores a la Seguridad Social, que en unos casos redujo y en otros incrementó los aportes de cada uno de los tres sectores.

g. En México se estima que entre el 27% y el 35% de los partos se hacen por cesárea, cuando la OMS recomienda como máximo un 15% (30,31).

h. Las principales actividades que llevan a cabo los municipios en el área de salud según la SSA son determinar y aplicar normas de desarrollo de los asentamientos humanos para regular el uso adecuado del suelo; promover, desarrollar, operar y vigilar los sistemas de agua de consumo humano; desarrollar los sistema de drenaje; ejecutar la recolección y eliminación de derechos sólidos; vigilar los mercados, centros de abastecimiento y rastros; organizar y vigilar el sistema de transporte; definir y autorizar la ubicación de establecimientos industriales; colaborar en el control de la contaminación; colaborar en el control sanitario de los expendios de bebidas y alimentos. Es decir que los municipios tienen responsabilidad directa sobre varias de las principales causas de morbimortalidad.

i. Esta orientación no se da exclusivamente en México; según Cohn (38), la descentralización en Brasil tiende a la reproducción de un patrón clientelar tradicional o "progresista".

j. A nivel municipal y en forma "legal" se violan o se modifican disposiciones que favorecen el desarrollo de problemas de salud. Esto lo hemos podido verificar a través de las actividades y disposiciones municipales aplicadas a la producción y sobre todo comercialización de las bebidas alcohólicas (39,40).

k. Tanto a nivel de Atención Primaria como de los otros niveles de atención, se estipulan montos de dinero que el usuario debe pagar por el servicio recibido. A nivel de AP el paciente puede pagar el servicio con "tareas", que suelen consistir en la realización de actividades que benefician a la comunidad, y que generalmente tienen que ver con el saneamiento del medio ambiente o la colaboración en la construcción o mantenimiento de la infraestructura de los servicios de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urquidi V. Población, desarrollo, empleo. Problemas y perspectivas. Ponencia presentada en la III Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México. México DF: El Colegio de México; 1986.
2. Urquidi V. Las políticas económicas de ajuste en México. En: Bizberg I, Frybes M, compiladores. Transiciones a la democracia. Lecciones para México. México: Cal y Arena; 2000. p. 459-472.
3. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial. Washington DC: BM; 1980.
4. Banco Mundial. Invertir en salud. Washington DC: BM; 1993.
5. Beyer J, et al. El rol del Banco Mundial en salud internacional: compromiso y asociación renovados. Cuadernos Médico Sociales. 2000;78:89-113.
6. Aspe P, Beristain J. Distribución de los servicios educativos y de salud. Salud Pública. 1981;31(2):240-253.
7. Soberón G. El cambio estructural. Salud Pública de México. 1987;29(2):123-132.
8. Secretaría de Salud. Programa nacional de salud 2001-2006. México: SSA; 2001.
9. Secretaría de Salud. Salud México 2001. Información para la rendición de cuentas. México: SSA; 2001.
10. CEPAL. Indicadores sociales básicos de la subregión Norte de América Latina y el Caribe 2002. México; 2002.
11. Cadernos de Saúde Pública. Saúde e desigualdade: instituições e políticas públicas no século XXI. CSP. 2002;18(Supl 2002).
12. Organización Panamericana de la Salud. Disparidades en América Latina y el Caribe. Washington: OPS; 1999.
13. Instituto Nacional Indigenista. Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de México [Informe] México: INI/PNUD; 2000.
14. Menéndez EL. Prácticas populares, grupos indígenas y sector salud: articulación cogestiva o los recursos de la pobreza. Publicar. 1994;4:7-32.
15. Lavielle B. Seguro Popular. Persistencia de la desigualdad. México: FUNDAR; 2004.
16. Kraus A. Diario La Jornada. [Artículo]. 30 Julio 2003.
17. Secretaría de Salud. Programa de acción: protección financiera en salud. México: SSA; 2002.
18. Menéndez EL. Poder, estratificación social y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán. México: Ediciones de la Casa Chata; 1981.
19. Menéndez EL. Continuidad y discontinuidad del proyecto sanitarista mexicano. Crisis y reorientación neoconservadora. En: Almada I, coordinador. Salud y crisis en México. Textos para un debate. México: Siglo XXI; 1990. p. 221-245.
20. Menéndez EL. Achiquemos el estado mientras la muerte está. En: Alonso J, Azis A, Tamayo J, coordinadores. El nuevo estado mexicano. Estado y sociedad. México: Nueva Imagen, Univ. de Guadalajara, CIESAS; 1992. p. 177-206.
21. Cardozo M. El ámbito sectorial. Análisis de la descentralización en el sector salud (1983-1993). En: Cabrero E, coordinador. Las políticas descentralizadoras en México (1983-1993) Logros y desencantos. México DF: CIDE/Miguel A. Porrúa; 1998. p. 189-280.
22. Gordon S. Entre la eficacia y la legitimidad: el PRONASOL como política social. En: Las políticas sociales de México en los años '90. México: Plaza y Valdez; 1996. p. 247-263.
23. Ornelas K. Gasto público en salud en el estado de Sonora: análisis de las fuentes de financiamiento de la Secretaría de Salud en el período 1992-2001. [Tesis de Maestría en Ciencias Sociales]. Hermosillo: El Colegio de Sonora; 2003.
24. Lavielle B, et al. Gasto en salud. México: FUNDAR; 2004.
25. Lavielle B, et al. Curitas para la salud: el mapa de la inequidad. México: FUNDAR; 2004.
26. Menéndez EL. Sistemas locales de salud. Aproximación teórico/metodológica. São Paulo: OPS; 1990.
27. Menéndez EL. Autoatención y participación social: estrategias o instrumentos en las políticas de atención primaria. En: Roersch C, et al. Medicina tradicional: 500 años después. Santo Domingo: Instituto de Medicina Dominicana; 1993. p. 61-103.
28. Menéndez EL. Saber local y toma de decisiones. En: Haro JA, De Keijzer B, coordinadores. Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro. Hermosillo: El Colegio de Sonora/Producep; 1998. p. 65-88.
29. Menéndez EL. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. Cuadernos Médico Sociales. 1998;73:5-22.

30. Cárdenas R. La práctica de la cesárea en las áreas urbanas de México. En: Stern C, Echarri S, compiladores. Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación. México: El Colegio de México; 2000. p. 301-328.
31. Puentes Rosas E, et al. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. Salud Pública de México. 2004;46(1):16-22.
32. Frenk J, et al. Pluralismo estructurado, una visión del futuro de los sistemas de salud en América Latina. En: Bronfman M, Castro R, coordinadores. Salud, cambio social y política. Perspectiva desde América Latina. México: EDA-MEX; 1999. p. 253-276.
33. Diario La Jornada. 24 noviembre 2003.
34. Muller F. Participación popular en programas de atención primaria en América Latina. Medellín: Universidad de Antioquia; 1979.
35. Fox J. La relación recíproca entre la participación ciudadana y la rendición de cuentas: la experiencia de los fondos municipales en el México rural. Política y gobierno. 2002; IX(1):95-134.
36. Menéndez EL. La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2002.
37. Menéndez EL. Centralización o autonomía. La "nueva" política del Sector Salud en México. Boletín de Antropología Americana. 1984;10:85-92.
38. Cohn A. Reforma de los sistemas de salud y sus problemas: financiamiento, privatización, cobertura, descentralización y equidad. En: Bronfman M, Castro R, coordinadores. Perspectivas desde América Latina. México: EDAMEX; 1999. p. 295-208.
39. Menéndez EL. Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México: Alianza Editorial Mexicana; 1990.
40. Menéndez EL, Di Pardo RB. De algunos alcoholismo y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización. México DF: Colección Miguel Otón de Mendizábal, CIESAS; 1996.
41. Menéndez EL, coordinador. Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua 1978-1989. México DF: Instituto Mora; 1999.
42. Ugalde A. Ideological dimensions of community participation in Latin America Health Programs. Social Science and Medicine. 1985;21(1):41-52.
43. Secretaría de Salud. Coordinación de los servicios de Salud. Hacia un sistema nacional de salud. México: MS; 1982.
44. Pineda C. La participación de la partera empírica en los programas de salud. Revista Higiene. 1975;25(2-3):165-172.
45. Ortega J. Proceso reproductivo femenino: saberes, género y generaciones en una comunidad maya de Yucatán. [Tesis de doctorado en Antropología Social]. Zamora: El Colegio de Michoacán; 1999.
46. Fleury S. Estados sin ciudadanos. Seguridad social en América Latina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
47. Laurell AC. Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social. México: Temas de Hoy; 2001.
48. De Buen N. Diario La Jornada. [Artículo]. 12 abril 1998.
49. Baru R, Jesani A. El rol del banco mundial en salud internacional. Cuadernos Médico Sociales. 2000; (78):111-113.

Recibido el 10 de mayo de 2005

Versión final presentada el 22 de junio de 2005

Aprobado el 14 de julio de 2005