



El Cotidiano

ISSN: 0186-1840

cotid@correo.azc.uam.mx

Universidad Autónoma Metropolitana Unidad

Azcapotzalco

México

Leal F., Gustavo

Un paseo triste por cinco estaciones de una política abandonada. Salud y seguridad social en el tardopriísmo y el foxismo

El Cotidiano, vol. 18, núm. 113, mayo - junio, 2002, pp. 91-100

Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32511310>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Un paseo triste por cinco estaciones de una política abandonada. Salud y seguridad social en el tardopriísmo y el foxismo

Gustavo Leal F.*

Las esperanzas depositadas por el electorado medio en la “alternancia” que publicitó la “Alianza para el Cambio” de Vicente Fox fueron, infelizmente, de muy poca duración. Ya como Presidente Electo, Fox siguió en campaña y rodeado de los intereses que lo condujeron al poder y con la asistencia de los “head hunters”, compuso un “gabinetazo” que quebró de un solo golpe su manida oferta de renovación. Las cinco estaciones que ordenan este breve paseo ensayan un sencillo ejercicio exploratorio en búsqueda de ciertas líneas de continuidad entre el priísmo de la última hora y el foxismo de la primera. El recorrido muestra que, para las políticas de salud y seguridad social del nuevo milenio, lo único que no portan las iniciativas foxistas es cambio y alternancia. En rigor, su “nuevo” mensaje apenas y puede resumirse en la resonante patencia del “más de lo mismo pero peor”.

Salida: adiós a los clínicos

Cuando a finales de noviembre de 1982, mientras componía su gabinete, el presidente electo Miguel De la Madrid Hurtado, contempló la posibilidad de premiar la “exitosa gestión” en la UNAM del, ya para entonces, exrector Guillermo Soberón Acevedo, designándolo secretario de Educación Pública. Pero la poderosa personalidad política de Jesús Reyes Heróles quebró de raíz las cavilaciones del nuevo presidente. “Don Jesús” fue finalmente nombrado para la SEP, cargo en el que se desempeñó hasta el fin de sus días.

* Profesor-Investigador, Departamento de Atención a la Salud, UAM-Xochimilco.

¿Qué hacer con el Dr. Soberón? Un infortunio se ciñó, desde entonces, sobre las políticas de salud: los jóvenes asesores de lo que vendría a ser el sexenio de la “renovación moral”, estimaron que aunque su currícula correspondía con la de un franco investigador *biomédico* (de laboratorio), era con todo suficientemente médico como para auparlo a la conducción de la, todavía, Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).

Pesó, además, que a resultas del difícil horizonte económico, los primeros años del nuevo gobierno habrían de ser en extremo difíciles. Los jóvenes asesores sabían bien que con tan poco dinero en las arcas de la administración pública, había llegado tal vez la hora de apretarle el cinturón al “costoso” sector salud. Una figura *no clínica*, como la de Soberón era, por tanto, más que bienvenida.

Lo que quedaba de la vieja guardia de los antiguos clínicos mexicanos hubiera representado, a todas luces, una resistencia mucho mayor. La necesidad del cambio pavimentó la llegada del Dr. Soberón. Quedaba, con todo, un gran pendiente: la “austeridad” como forma de gobierno iba, seguramente, a clamar también, por un cambio de discurso. El delamadridismo y sus *think tanks* lo localizaron rápido y sin mucho esfuerzo: acuñaron la divisa del “cambio estructural”. Y, en efecto, el sector salud empezó a bailar, no sin gracia, la nueva tonada: “modernicémonos: ¡hay que reformar!”.

Primera estación:1982-1988. Guillermo Soberón y el sexenio del “cambio estructural en la salud”

Por primera vez en la historia del atávico gremio mexicano, una de sus fracciones, la que se articula desde el ejercicio de la sociomedicina, fue empujada a encadenar la asistencia y la atención a una apuesta estatal. Para la fracción médico-clínica, estas siempre fueron tareas primordialmente “humanitarias”. Para los biomédicos, ellas sólo podrían resultar de una creciente incorporación de las ciencias básicas. Lo que hasta 1982 fueron dos rutas, la de los investigadores de laboratorio (o biomédicos) y las de los sociomédicos (o epidemiólogos cuantitativos) confluyen ahora en un itinerario común: el del llamado “cambio estructural en la salud”. Su pacto fue sencillo: silenciar a los principales operadores de la política pública: médicos y enfermeras, hurtándoles así su capacidad para tomar las decisiones de su diaria labor.

El saldo final de este “cambio estructural” muestra: 1) la modificación constitucional que consagró el “derecho a la salud” en el cuerpo del Artículo Cuarto Constitucional; 2) la conformación de un Sistema Nacional de Salud (SNS); 3) la constitución de la Secretaría de Salud (SSA) en tanto que entidad normativa federal y 4) la descentralización de 14 entidades federativas.

El “balance” del proceso de la descentralización no pudo resultar más desafortunado:

“La Secretaría de Salud, conformada con esa denominación al expedirse la Ley General de Salud en el período 1982-1988, promovió la descentralización integral del Sistema Nacional de Salud. Se dio prioridad a la creación de un marco jurídico que garantizara la coordinación entre Federación y entidades, aunque en materia financiera se consideró prudente continuar por la vía de convenios bilaterales. Dichos convenios de financiamiento buscaron promover los aportes estatales, aparejados a mayores aportes federales ateniéndose a las posibilidades de cada entidad. Por otra parte, las transferencias se realizarían directamente y por subsidios globales a los servicios de salud. Con ello se buscó brindarles mayor facilidad de gestión, esto es, la posibilidad de efectuar transferencias entre rubros de gasto, según fueran las necesidades. También se buscó no agobiar a las tesorerías estatales con mayores responsabilidades administrativas, evitando así caer en nuevos problemas.

Para 1985 la SSA había descentralizado bajo este esquema a 14 entidades, proceso que se interrumpió por diversas razones en las 18 entidades restantes. Al clasificar a las entidades en estos dos grupos, se puede observar una leve tendencia hacia la menor dependencia de las primeras sobre el financiamiento federal. En efecto, las entidades que serían descentralizadas aportaban en 1984 —antes de pasar a esta situación— 17.4% del gasto en servicios, que se incrementó a 20.9% para 1987, dos años después de la descentralización. No obstante, el año en que se firmaron los convenios de descentralización el aporte estatal se incrementó en 29% del total; sin embargo en los años subsiguientes no pudo obtenerse el mismo esfuerzo. Así, en el corto plazo, la descentralización se asocia a un mayor aporte estatal.

Las entidades que no accedieron a la descentralización también incrementaron el aporte al gasto en salud, mismo que, a diferencia de las entidades descentralizadas, se sostuvo entre 1985 y 1987. En efecto, de 5.6% del aporte total, estas entidades pasaron a erogar 12.2% en 1985 y 11.1% para

1987. Esta tendencia podría explicarse como un esfuerzo de parte de los gobiernos estatales por sostener el gasto real en salud ante los embates de la crisis económica. El mayor esfuerzo de los gobiernos estatales pudo haber sido consecuencia del compromiso que han sostenido tradicionalmente por subsidiar a los hospitales, principalmente aquéllos de origen estatal.¹

Pero, sucedió que entre 1989 y 1995 no se descentralizó una sola entidad más. Además de que en el inter los salarios médicos fueron arrasados, inaugurándose la época de los verdaderamente serios problemas de *calidad de todo* el SNS.

Surgió además, el vástago de la “prevención”. A partir de entonces, las emisiones gubernamentales empezaron a deslizar mensajes de “autocuidado” a la salud, frente a los “crecientes” costos, se subrayaba, del ámbito curativo. Y la población cubierta por los programas públicos empezó a disminuir vertiginosamente:

El gasto en salud ha sufrido una merma considerable, sea que se lo compare con el PIB o con el total del gasto público federal. Tomando como base el año de 1978, corregido con el índice de inflación respectivo, la reducción de la participación del gasto en salud dentro del gasto público federal entre 1982 y 1986 fue de 47.1%.²

Como otras, la “modernización” del soberonismo sanitario, topó con el profundo país real.

Segunda estación: 1988-1994. Jesús Kumate frente el sexenio de la rehidratación y las vacunas

Otro avatar —¿cercano al superfraude electoral de 1988?— sentó al médico militar e infectólogo, Dr. Jesús Kumate, en la poca

“estructuralmente” mudada SSA. Kumate fue miembro del equipo “selecto” del secretario Soberón, pero dueño de una “visión propia”. Poco antes de su designación, ya se había apresurado a considerar que:

...la insuficiencia, ineficiencia y deshumanización de los servicios públicos para la atención médica, que atribuye a una planeación defectuosa, a una inadecuada productividad del personal y a las inercias que impiden la corrección de los errores. Su balance de los resultados muestra un panorama desolador: nueve millones de mexicanos sin acceso a los servicios de salud; una reducción del presupuesto público durante el sexenio (de De la Madrid) que supone condiciones inferiores a las de otros países subdesarrollados; 75% del presupuesto gastado en servicios curativos en muchos casos de baja eficiencia; dos tercios de las muertes debidas a padecimientos prevenibles a bajo costo; desigualdades rural-urbanas profundas reflejadas en que dos de cada tres mexicanos y ocho de cada diez médicos residen en áreas urbanas, y que noventa de cada cien pesos destinados al gasto en salud se ejercen en esas áreas. Según Kumate ‘es preciso pagar la deuda sanitaria acumulada en los últimos cinco siglos’.³

Y, en efecto esa “deuda de cinco siglos” se “pagó” extendiendo el esquema ampliado de inmunizaciones (Cartilla Nacional de Vacunación).

En el mismo cuadro de acciones “sanitarias”, se distribuyeron también masivamente a nivel nacional, los sobres “Vida Suero Oral” para prevenir la deshidratación por enfermedades diarreicas, en el marco de la supesta “transición epidemiológica”.

Pero, ¿por qué suspendió el Dr. Kumate el proceso de descentralización? La respuesta es sencilla: se llama Carlos Salinas de Gortari. En efecto, Salinas, apostó todos los recursos sociales a su programa estrella: Solidaridad.

nada Semanal, 7 y 14 de febrero de 1988. Teambién disponible en A. Córdova, G. Leal F. y Carolina Martínez S., *La Salud en Crisis: Un Balance Sexenal*. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Departamento de Atención a la Salud, Reporte de Investigación, 53, septiembre 1988.

¹ M. A. González B. (1997), “Las cuentas estatales de salud: el gasto de las entidades federativas”, *Observatorio de la Salud*, Funsalud, México, p. 148.

² Alejandro Córdova, Gustavo Leal y Carolina Martínez, “La salud en crisis: un balance sexenal”, *La Jor-*



FOTO: MARIO PALACIOS LUNA

Los “extras” para salud sólo podían provenir del fondo discrecional y casuístico operado por la poderosa SEDESOL, a cargo de Luis Donaldo Colosio, vía Carlos Rojas. Este esquema “perverso” terminó “descentralizando” para concentrar “centralmente” el poder político e intentar no perder elecciones:

En este contexto, la decisión de descentralizar aparece como una alternativa mucho más ‘segura’ y prometedora...tal ha sido la lógica de los esfuerzos de descentralización realizados durante el último decenio. Sin embargo, el mayor problema de las decisiones de descentralizar y abrir espacios políticos es que se tomaron en un contexto que no sólo reforzaba la centralización, sino que también ponía en tela de juicio todo el proceso de la ‘democratización’.⁴

Como tal, la política sectorial de salud del salinismo, con el Dr. Kumate a la cabeza, estaba encadenada. Su desempeño político era *con Solidaridad y desde Solidaridad* o *no era*, especialmente por cuanto se trataba de un área social estratégica. Sus *plus* debían necesaria-

mente traducirse en nuevas medallas de “Solidaridad”, lo cual, con los “etiquetados” recursos del ramo, no era en absoluto sencillo. Por ello mismo, el resultado sexenal promedio no pudo ser sino en extremo mediocre:

A nivel nacional, en 1994, el gobierno federal participó con el 83% del gasto de los servicios de la SSA en las entidades; los gobiernos estatales lo hicieron con 10%, mientras que los particulares contribuyeron con el restante 7%. Para 1995 estas tres cantidades fueron, respectivamente, 81%, 12% y 7%.⁵

Y aún peor:

Del total del gasto en salud que efectuaron los gobiernos estatales a nivel nacional para 1994, 33% se destina a servicios para los burócratas estatales y 67% para población no asegurada. En 1995 estas cifras fueron de 36% para los burócratas y de 64% para la población no asegurada.⁶

Tanto así, que el Dr. Kumate terminó reconociendo que durante su gestión le había

³ *La Jornada*, 11 de agosto de 1987.

⁴ Victoria E. Rodríguez, *La descentralización en México. De la reforma municipal a Solidaridad y el nuevo federalismo*, FCE, México, 1999, p.132.

⁵ M. A. González B., “Las cuentas estatales de salud: el gasto de las entidades federativas”, *Observatorio de la Salud*, Funsalud, México, 1997, p. 157.

⁶ *Ibid.*, p. 158.

tocado resolver los asuntos “fáciles” y que quedaban pendientes los “difíciles”.⁷

Tercera estación: 1994-2000. Juan Ramón de la Fuente frente al sexenio del Paquete Básico de Servicios de Salud y la “federalización” pobre e impuesta

Ahora está claro que el salinismo constituyó una suerte de *momento mori* del priísmo, como régimen político y forma de gobierno. Lamentablemente, sobre esa fase terminal, nació también muerta la “agenda” de la administración que seguía: la del “accidente” llamado Dr. Zedillo.

Aunque Zedillo no se animó a poner a un economista en la SSA, hartado de las a las hondas diferencias entre las diferentes familias de sociomédicos, optó por una baraja nueva: un clínico moderno con poca práctica clínica: Juan Ramón de la Fuente.

El primero de diciembre de 1994 asumió la responsabilidad de Secretario de Salud y de la misma manera que todos sus predecesores, con este nombramiento el Presidente otorgó al gremio médico, para usar el célebre apotegma de Gandhi “el cheque en blanco de un banco quebrado”:

En cualquier caso, lo que la gestión sexenal de las necesidades nacionales en materia de salud tal vez requería era más bien un político, que pudiera o no tener como precondition ser científico, toda vez que ello no otorga automáticamente el pasaporte para el arte de la política. Un político empapado y conocedor de las leyes y tiempos de la esfera en que se toman las decisiones: el tablero del ejecutivo; un jugador más de ese tablero, capaz de manejar la agenda sectorial y, en esta medida, capaz también de reconformarla y defenderla en los términos de ese tablero, desde la cual se diseñan justamente las políticas. En suma: un secretario artista de su agenda en el tablero del presidente; un político susceptible de

⁷ *El Financiero, La Jornada y Reforma* el 8 de febrero de 1995.

optimizar su visión y recursos en los marcos de lo posible.⁸

Con ello mató dos pájaros de un tiro: silenció a todas las voces inconformes y pudo orientar con facilidad desde Los Pinos la “reforma” de la salud. Se apoderó de ella, vía su Coordinador de Asesores, Luis Téllez, quien asistido por la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) —dirigida por Guillermo Soberón, ahora ya reconvertido en furioso defensor del *free market*— diseñó toda la “reforma”.

Así, la mancuerna Zedillo-Téllez aplicó, a la letra, las recomendaciones de política que le había sugerido el Banco Mundial en su “Nota de Estrategia” de 1994:

El Banco Mundial ha tenido el privilegio de proporcionar a las Administraciones Presidenciales entrantes de sus países clientes un informe completo de su diagnóstico y recomendaciones de políticas para los sectores que contribuyen a la senda de desarrollo del cliente. En 1994, se entregó un informe similar, en forma de Notas de Estrategia, al entonces futuro Gobierno del Presidente Zedillo.⁹

Con esta “clara visión”, Zedillo y Téllez procedieron vía Juan Ramón de la Fuente a: 1) reformar el sistema de pensiones con la Nueva Ley del IMSS de 1995; 2) emplear los fondos que le facilitó el Banco Mundial para implantar, por primera vez en el mundo, el rudimentario Paquete Básico de Servicios de Salud que también le había recomendado Funsalud¹⁰ y 3) imponer la descentralización de los servicios de salud a población abierta a las 18 entidades federativas que había suspendido Kumate.

Y como era de esperarse, el “balance” no resultó especialmente lucidor. Casi al fina-

⁸ G. Leal F., *Agenda y diseño de la reforma mexicana de la salud y la seguridad social*, Serie Académicos, núm. 30, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, DCBS, 2000, p. 37.

⁹ Banco Mundial (2001), *México: Una Agenda Integral de Desarrollo para La Nueva Era. Síntesis*. Capítulo escrito por Marcelo M. Guigale, p. 23.

¹⁰ Funsalud, *Economía y Salud, Propuesta para el avance del Sistema de Salud de México, Informe Final*, enero de 1995.

lizar el sexenio (diciembre de 1999) y en una decisión sin precedente, Zedillo incurrió en su enésimo dislate sanitario: nombró, por primera vez en la historia de la SSA, a un abogado como su titular: José Antonio González Fernández, quien pronto tuvo que admitir que

el Paquete Básico de Servicios Esenciales (PBSS) no ha sido suficiente. Se requieren mayores recursos económicos para mantenimiento y ampliación de la infraestructura hospitalaria así como el compromiso de las entidades federativas para el buen funcionamiento del sistema sanitario.¹¹

Por su parte, en las postrimerías del zedillismo, el entonces subsecretario de Hacienda, S. Levy (por empeño de Fox, actual director general del IMSS) reconoció sin ambaje alguno que

el gasto programable observado entre 1995 y 2000 es, en promedio, el más bajo en los últimos 21 años.¹²

Cuarta estación: 18 años de “política de la no política” Los enigmas del foxismo

Parece claro que los entonces jóvenes asesores del delamadaridismo tomaron un riesgo político que les era poco familiar, por no decir desconocido.

En el año 2000, ya sin sombra de duda alguna, podemos afirmar que estuvieron menos que poco acertados.

Se trata de un arco de tiempo que cubrió 18 años; tres sexenios priístas de “políticas de salud”. En la pequeña galaxia que describe la actual administración pública mexicana, la estrella llamada sector salud coincide con la imagen de un hoyo negro: un jardín abandonado al cual ya resulta incluso difícil acceder. Los res-

¹¹ Al comparecer ante el Congreso para la Glosa del Sexto Informe de Gobierno del presidente Zedillo, *La Jornada, Reforma*, 19 de septiembre, 2000.

¹² Santiago Levy, subsecretario de Egresos, “El Presupuesto de Egresos de la Federación 1995-2000”, septiembre, 2000, Consignado por *Milenio Diario*, 15 de septiembre 2000, p. 5.

ponsables del “ramo” parecen haber acabado de abdicar de su función gubernamental. Hace más de 18 años que casi nadie atiende ese jardín, aunque muchos hayan vivido de sus alrededores: es un jardín virtualmente dejado a su suerte entrópica. El sector salud mexicano ilustra el guión de la política posmoderna: en él se combinan gobiernos vacíos y una fragmentación social creciente.

¿Exploraría el foxismo la misma veta?

Ya desde la conformación del “equipo foxista de transición”, se escuchó un coro desafinado incapaz de comunicar una agenda integrada. Sobraron declaraciones contradictorias de Carlos Flores, Carlos Astorga, Lepoldo Domínguez, López Hermosa, Julio Frenk, Enrique Ruelas y Carlos Tena.

Frente a la oportunidad de ubicar en el centro de las políticas de salud al paciente y restituir a los médicos su lugar de operadores seminales del proceso de la atención, reapareció el discurso frenkista sobre “las reformas del sistema” publicitado, ahora, bajo el manto de la supuesta protección de los más pobres “porque son los que gastan más de su bolsillo en salud”.

Como en los tiempos del soberonismo-zedillista, a lo declarado por el nuevo equipo de soberonistas—foxista empezó a sobrarle mucho de cierto tipo de salud pública (“bajo costo y alta efectividad”) a cargo del Estado y le faltó precisión al sugerir que con el foxismo todos tendríamos que pagar al buscar atención médica para nuestras enfermedades.

Con esta oferta la sociedad pierde en su conjunto, aunque sin duda puedan ganar algunos hospitales, aseguradoras e Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), pero ciertamente *no* los médicos, *ni* por supuesto el paciente.

Frente a la gama de expectativas que se habían depositado en el nuevo gobierno el equipo foxista de transición aludió más a las bolsas que se reúnen en el sector: un “mercado” de 23 mil millones de dólares anuales, declaró Julio Frenk, que a políticas clínicas precisas para rearticular la lastimada cohesión social que legaron los últimos tres sexenios.

En efecto, Con el soberonismo-foxista llegó la penosa tonadita que canta: “hay que darle más salud a ese dinero”. Como comunica el Banco Mundial:

Las reformas del sector salud que iniciaron en los ochenta y fueron continuadas en los noventa buscaron ampliar el acceso y mejorar la calidad general de la atención a la salud. Ello se logró, básicamente, a través de: a) la descentralización de los servicios de la SSA y otorgando servicios a aquellos que no tenían acceso a la atención; b) iniciando la reforma del IMSS al introducir cambios mayores en su financiamiento, descentralización de los servicios y comenzando a introducir incentivos para la eficiencia y la calidad; c) mejorando la coordinación global del sector; y d) empezando a diseñar una mejor regulación de la atención a la salud. Otras instituciones públicas como el ISSSTE, PEMEX y las fuerzas armadas, no han sido alcanzadas por las reformas. El pequeño, pero creciente sector privado, se encuentra en una actitud de observador paciente por cuanto, hasta ahora, no está claro hasta dónde y por qué vías promovera el gobierno una más amplia participación de las firmas privadas en el sector.¹³

Quinta estación. Julio Frenk frente al sexenio de la “democratización”: más paquete básico para el cuidado de la salud y creciente pago por la atención de la enfermedad

Con la designación de Julio Frenk ganaron los intereses que llevaron al poder a Fox más que el “cambio” y la “alternancia”: el electorado quedó reducido a una ciudadanía de súbdito que sostiene con sus impuestos un costoso aparato “de gobierno” que hace tiempo dejó de controlar los asuntos de su competencia y del cual recibe casi nada.

Con Frenk, las promesas se convirtieron en cruda y decepcionante realidad. Apenas

¹³ World Bank (2001) *Mexico, A Comprehensive Development Agenda for The New Era*, Edited by Marcelo M. Giugale, Oliver Lafourcade and Vinh H. Nguyen, Chapter 19 “Reform of the Mexican Healthcare System”, p. 425.

unos días después de haber asumido el cargo de secretario de Salud declaró que:

En relación con que la SSA asuma un papel normativo más que de oferente de servicios, Julio Frenk comentó que ‘hace 18 años se inició este proceso y en este camino vamos a seguir. A nosotros nos toca afinar y culminar algo que está muy avanzado’.¹⁴

Fox apostó por “más de lo mismo pero peor” y, frente a la “política de la no política” del soberonismo priísta, nacieron las políticas económicamente interesadas del soberonismo foxista que resume el primer médico macroeconomista de la Nación: Julio Frenk.

Apenas designado, obsequió su apoyo irrestricto a la regresiva e impopular Reforma Fiscal que le diseñara al foxismo el Banco Mundial.¹⁵ Aunque, presto, le agregó algo aún más ominoso: pagar IVA por los medicamentos.

Además, con el *Plan Nacional de Desarrollo* (PND) y el *Programa Nacional de Salud* (PNS), el nuevo gobierno reprodujo inercias priístas y volvió a fingir consultar.

En materia sanitaria el poco afortunado y muy gris PND no quiere dar pescado sino enseñar a pescar: se propone “emancipar” al ciudadano a través de su “actitud indepediente y emprendedora” para romper así todo “clientelismo”:

La sociedad estará integrada en su mayor parte por individuos con sólidas capacidades para construir su propio bienestar; contarán con el apoyo de políticas públicas eficaces para complementar sus esfuerzos individuales, y estarán protegidos de riesgos que atenten contra sus posibilidades de progreso.¹⁶

El tercer eje (de la política social), pretende fomentar la actitud emprendedora e independiente de los ciudadanos, dotándolos de una educación de vanguardia...(para que)... conduzcan al

¹⁴ *La Jornada*, 1 de diciembre, 2000, nota de Angeles Cruz.

¹⁵ *México: Una Agenda Integral de Desarrollo para La Nueva Era, Síntesis*, Op. cit., pp. 27 y 28.

¹⁶ Poder Ejecutivo Federal (2001), *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, México, Presidencia de la República, mayo, p. 37.

desarrollo de sus habilidades y destrezas... Esta es la verdadera emancipación, porque asegura la desaparición de servidumbres y clientelismos... La política que se ha propuesto seguir el Ejecutivo federal implica la emancipación individual además de la colectiva.¹⁷

En una palabra: para soltar sus escuálidos “mínimos del bienestar” exige que la ciudadanía acepte: “tú eres responsable de ti”, “tienes que tomar tu destino en tus manos” ¿Puede haber algo más obvio?

Para expresarlo en el curioso lenguaje de José Sarukhán, Comisionado para el Desarrollo Humano y también a cargo del Gabinete Social de la Presidencia de la República:

podríamos tener una mayor escolaridad, avanzar en la esperanza de vida, abatir la mortali-

dades como para que, finalmente, logre dejar de esperar que le surtan pescado?

Por su parte el tecnocrático PNS, que en rigor debería llamarse Programa Frenk-Soberón, fue diseñado, decidido e «instrumentado» desde arriba y «dotado» de una agenda: “calidad, equidad y protección financiera”, que mezcla, con muy poca fortuna, remedos de los *Informes sobre la Salud en el Mundo* 1999 y 2000 de la Organización Mundial de la Salud (OMS),¹⁹ con las propuestas de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD)²⁰ y las que desde esta Fundación propusiera Guillermo Soberón a Vicente Fox:

un seguro nacional de salud por el cual se subsidiaría con diferentes montos a 21 millones de personas. La aplicación de este sistema implicaría una erogación de 10 mil millones



FOTO: RAÚL RAMÍREZ MARTÍNEZ

dad infantil, y de hecho vamos a proseguir esas metas, pero si en cada uno de esos objetivos la gente no toma en sus manos su destino, estaremos fallando.¹⁸

Pero ¿quién sino el Estado puede dotar realmente al pescador de aquellas destrezas y

¹⁷ Op. cit., p. 51.

¹⁸ *Reforma*, 16 de mayo, 2001, nota de Ivonne Melgar.

¹⁹ World Health Organization (1999) *The World Health Report 1999-Making a difference*, Ginebra 10 de mayo de 1999 (121 páginas, Citado el 27 de enero de 2000), disponible en URL: <http://www.who.int/whr/1999/en/report-htm>; World Health Organization (2000) *The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance*, Ginebra, 10 de mayo de 2000 (206 páginas, Citado el 18 de julio de 2000), disponible en: URL: <http://www.who.int/whr/2000/en/report-htm>

²⁰ En la que Frenk se desempeñó como Vicepresidente Ejecutivo hasta 1997, Véase al respecto, Funsalud (1994) *Economía y Salud. Propuestas para el avance*

de pesos por parte de los hogares beneficiarios, así como de 17 mil millones que aportaría el gobierno federal. Esta última cifra equivale a 0.29 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB).

En una primera etapa, el seguro se enfocaría a las personas no derechohabientes de la seguridad social que viven en ciudades mayores de 100 mil habitantes, principalmente por su ubicación geográfica y su capacidad de pago. Los estudios de Funsalud muestran que de los 21 millones de personas que ingresarían en la primera etapa, más de 5 millones ganan arriba de cuatro salarios mínimos y no recibirían ningún subsidio. Alrededor de 1.7 millones de individuos tienen ingresos menores a un salario mínimo y accederían a un apoyo económico del 100%. Unos 6.5 millones más con ingresos de entre uno y dos salarios mínimos obtendrían un subsidio de 75%; los aproximadamente 4.5 millones de mexicanos con percepciones de dos a tres tendrían apoyo del 50% y quienes obtienen de tres a cuatro salarios mínimos, 2.5 millones de individuos, recibirían el 25%.

Sin embargo, también se buscaría integrar a las familias más pobres, a través de subsidios. En aras de garantizar la equidad en el Sistema Nacional de Salud, se tendría que ampliar y perfeccionar el Paquete Básico de Servicios que actualmente se aplica en las zonas marginadas del país dentro del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC)

El objetivo principal es que exista una buena mezcla público-privada en los servicios de salud. De ahí la necesidad de que se fomente la prestación plural de éstos, es decir, que todas las instituciones estén en disponibilidad de atender a los enfermos, sean o no derechohabientes. Bajo este esquema, el costo de los servicios médicos utilizados sería absorbido por la entidad a la cual pertenezcan las personas que los solicitan. Con ello se promovería una sana competencia, que a su vez se traduciría

del sistema de salud en México. Informe final; Funsalud (1997) Observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas; J.Fremk, Miguel A. González Block y Felicia Knaul (1999), "La seguridad social en salud: perspectivas para la Reforma", en Solís, Soberón, F. Y Villagómez, A., La seguridad social en México, Lecturas de El Trimestre Económico, 88, México, pp. 35-102.

en una mayor calidad en el sector. La pluralidad en la prestación de servicios es inevitable, dado el incremento en la demanda que se prevé tendrá lugar en el IMSS. Ante la imposibilidad de atender a la nueva población derechohabiente, la única alternativa viable es utilizar la infraestructura de los servicios estatales, los institutos nacionales y los establecimientos privados, los cuales podrían servir mediante el financiamiento público.

Otro aspecto es el relativo a la creación de un Fondo Nacional de Salud Pública, por el cual se transformaría el actual esquema sanitario, para dar prioridad a la prevención de enfermedades, cuidado del ambiente, investigación y formación de recursos humanos. Esto será posible siempre que la secretaría de salud consolide su función rectora, lo que significa que deberá tener las facultades para regir sobre la totalidad de los recursos asignados al ramo. No será recaudadora de fondos, ni financiadora o prestadora de servicios.²¹

Escudado en la demagógica "democratización" de la salud: "un sistema de salud de la gente, por la gente y para la gente", el Programa Frenk-Soberón, constituye un auténtico golpe de estado técnico al sentido del mandato del 2 de julio y un hondo agravio a los responsables directos de la atención de la enfermedad. Su "operación" chocará frontalmente con los sindicatos, profundizará la gran desarticulación en que ya se desenvuelve el sector salud y será uno de los grandes fracasos de la agenda social del foxismo.

Las mercadotécnicas pretensiones para alcanzar el "humanismo moderno" que promovió Fox en su lastimoso primer Informe de Gobierno:

mi gobierno avanza con el rumbo claro que le da un proyecto de nación bine definido. La alternativa mexicana al desarrollo es la de un humanismo moderno, emprendedor y socialmente responsable. Con él queremos poner a México al día y a la vanguardia de las naciones. Con él queremos que México sea la historia de éxito del siglo XXI.²²

²¹ *La Jornada*, 20 de abril, 2001, nota de Angeles Cruz.

²² Primer Informe de Gobierno del C. Presidente de la República, Vicente Fox Quesada, Mensaje Político, 1 de septiembre, 2001.

se estrellaron con el tecnocrático lenguaje de su secretario de Salud, quien sostiene que

la salud de los mexicanos es uno de los activos más valiosos del país, por lo que se buscará crear un blindaje sanitario, pues los inversionistas prefieren lugares donde no haya cólera ni paludismo.²³

Frente a un “mercado” que, siguiendo al propio Frenk, vale 23 mil millones de dólares anuales²⁴ y al cual pueden aún ordeñarse impuestos extras al gravar medicamentos y elevar los tipos para el tabaco y el alcohol, Fox no sólo sacrificó las alternativas humanistas de *modernización médica* con que decía contar el panismo²⁵ y algunos foxistas²⁶, sino que prácticamente optó por lo más deshumanizado: abandonar a los pacientes a su suerte.

Tal y como propone el Banco Mundial en *México: Una Agenda Integral de Desarrollo para la Nueva Era*:

*esta realidad de segunda generación requiere un cambio en el papel del gobierno, donde en lugar de imponer autoridad y control se dedique más a facilitar el suministro privado, asegurando al mismo tiempo el acceso universal a un paquete de salud básico.*²⁷

Llegada: la traición del mandato electoral del 2 de julio

En su antiguo y notable libro, *Los Nervios del Gobierno*, el profesor Karl Deutsch escribió que:

²³ *La Jornada*, 12 de septiembre, 2001.

²⁴ *Reforma*, 4 de septiembre, 2000, nota de Margarita Vega.

²⁵ Luis Mario Villafaña Guiza (2000) *La modernización de la medicina en la Seguridad Social*, Fundación Rafael Preciado Hernández, Documento de Trabajo núm. 59, México, D.F.

²⁶ Carlos Tena, secretario de Salud en Guanajuato bajo el gobierno de Vicente Fox, sugirió desde el “Equipo de Transición” atender en términos más médicos la agenda del sector salud, véase al respecto, Leal, F., Gustavo (2000), *Después de 18 años de ‘políticas de salud’. Enigmas, encrucijadas y paradojas del foxismo en la arena de la salud*, Reporte de Investigación, DCBS, UAM-Xochimilco, noviembre.

²⁷ Op., cit.

Como buena parte de la información se transmite mediante símbolos, la autonomía implica ciertas maneras de tratar tales símbolos. Si existen tendencias fuertes hacia el fracaso eventual (...) particularmente de los gobiernos (...) acaso tales dificultades (...) provengan de la propensión que éstos tienen a preferir símbolos autorreferentes y no la nueva información del mundo exterior.²⁸

Es claro que el foxismo ha optado por la autorreferencialidad. Los cuerpos de políticas de salud y seguridad social que contempla el soberonismo foxista no revertirán las graves inercias que legaran los últimos 18 años del soberonismo priísta. Contribuirán con 6 años más de “política de la no política”. Agudizarán las tendencias sectoriales ya descontroladas en curso y profundizarán la severa polarización de las consecuencias nocivas del perfil de daños a la salud del México contemporáneo.²⁹

Como en los tiempos de la caída priísta, llegó el momento de mapear de nuevo los escenarios para *los otros*; para aquellos que armarán otro camino capaz de conducir digna y responsablemente la *res pública*.

Hay pues que esperar que ese mayor número de individuos sea cada vez más capaz de favorecer decisiones de abajo hacia arriba, rompiendo así las tentadoras e interesadas atrofias de que gusta disfrutar también más de un parlamentario.

Con la la propensión por la autorreferencialidad de su gobierno como dice Karl Deutsch, Vicente Fox ha actualizado la máxima de las teorías políticas contemporáneas:

cuanto menor es el número de personas que participan en el nombramiento de los líderes y la toma de decisiones, mayor es la probabilidad de que las decisiones políticas satisfagan sólo intereses privados o intereses públicos de pequeños grupos.³⁰

²⁸ (1993) Paidós Studio Básica, p. 233.

²⁹ Véase por ejemplo la *Iniciativa con Proyecto de Decreto que Reforma y Adiciona la Ley del Seguro Social* enviada por el Presidente Vicente Fox y elaborada por Santiago Levy, Director General del IMSS, al Senado de la República el 4 de octubre del 2001.

³⁰ Colomer, J. (2001) *Instituciones políticas*, Ariel Ciencia Política, Barcelona, p. 14.