

SEGUNDA SECCIÓN
SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

LA POLÍTICA DE SALUD EN MÉXICO

SILVIA TAMEZ GONZÁLEZ*

XARENI ZAFRA GATICA**

INTRODUCCIÓN

Este capítulo presenta una versión actualizada del texto “La política sanitaria en México, desde la medicina social y la salud colectiva”, cuyo propósito fue explicar los cambios ocurridos en la política de salud durante la primera década del siglo XXI, a la luz de los paradigmas que orientaron las reformas observadas en las tres principales instituciones de salud en México: Secretaría de Salud (SSa), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y el producto más refinado del neoliberalismo, el Seguro Popular de Salud (SPS) (Eibenschutz, Tamez y Camacho, 2012).

Desde el punto de vista teórico, las premisas de este análisis son las mismas que en el texto anterior, pues se realizó bajo la mirada de los mismos paradigmas; y, en términos generales, se observa que después de más de treinta años de neoliberalismo y globalización, persiste como propósito central de la política sanitaria la mercantilización de la atención a la salud.

El análisis parte del supuesto de que durante este periodo (2012-2018), el gobierno conservó los rasgos distintivos del proyecto neoliberal comunes a los dos sexenios panistas anteriores; sin embargo, la principal idea que guió la elaboración de este documento es que el cambio de partido en el poder sí transformó la lógica y los mecanismos de operar esta política.

Además, debido a las características estructurales del Sistema Nacional de Salud (SNS), inherentes a la forma en que fueron construidas históricamente las instituciones del sector, en años recientes se ha hecho evidente la imposibilidad de realizar algunas de las medidas que funcionaron como

* Profesora-investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana.

** Investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana.

metas centrales en sexenios anteriores, situación que será examinada más adelante.

El documento inicia con un apartado de antecedentes, en el que se presentan los principales aspectos de las reformas desarrolladas al sistema de salud mexicano a partir de la década de los ochenta. En seguida se analiza la situación actual comenzando por los datos oficiales más relevantes sobre del SNS para el periodo 2012-2018, y, considerando que la contribución anterior se centró fundamentalmente en los orígenes y el desempeño del Seguro Popular de Salud durante la primera década del siglo XXI, se evalúa la evolución de este programa en el presente sexenio.

Posteriormente, se abre un apartado de discusión de resultados a la luz de las publicaciones disponibles que evalúan las acciones realizadas durante el sexenio en curso; para cerrar el documento con algunas reflexiones sobre los criterios y puntos de partida que pudieran formar precedentes para una propuesta de recomposición de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) que contribuya a disminuir la injusticia y desigualdad de nuestra sociedad. Dentro de estas reflexiones, destaca la conclusión de que las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE) siguen siendo el principal pilar del SNS y que, por lo tanto, cualquier plataforma que se proponga un cambio en la política que signifique mayor garantía en el acceso a servicios de calidad y con mayor equidad, tendría que considerar a estas instituciones como punto de partida.

PRINCIPALES ANTECEDENTES

En nuestro país, la infraestructura pública de las instituciones de salud se construyó básicamente en la segunda mitad del siglo pasado y la extensión de cobertura de los servicios estuvo encabezada por las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE). Si bien es cierto que la cobertura de la seguridad social nunca logró rebasar al 55% de la población, también es cierto que la población cubierta recibía una atención a la salud de alta calidad, además de los esquemas amplios de seguridad social, de forma tal que el IMSS llegó a ser modelo para América Latina. El resto —denominada “población abierta”— estaba cubierta por la SSA, sin esquemas de seguridad social, es decir, cubría sólo la atención médica.

A partir de la época cardenista y durante los años de estabilidad, la Secretaría de Salud mostró un crecimiento en lo que toca a centros de salud e infraestructura hospitalaria en los estados. En forma paralela se fue desarrollando el IMSS durante todo el periodo de estabilidad económica, prácticamente hasta los años setenta. Durante estos años la atención médica a la

población fue considerada como de buena calidad y sólo quedaba fuera del acceso a la atención a la salud el 10% de la población. El sector privado de la atención a la salud tuvo siempre mucho menos camas hospitalarias que el sector público y social, si bien había diferentes modelos de atención a la salud y de extensión de cobertura según cada institución.

La adopción del modelo neoliberal a partir de la década de 1980 cambió el panorama radicalmente. Después de la crisis de la deuda externa se impulsaron en América Latina las políticas de ajuste estructural preconizadas por el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), en un periodo que anunciaba la adopción del modelo neoliberal por parte del Estado mexicano. Así, la preparación, instauración y consolidación de la reforma al sistema de salud y seguridad social mexicano, corresponde al periodo neoliberal, el cual, a su vez, puede ser dividido en tres subperiodos: de 1982 a 1994, año en que entra en vigor el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN); de 1994 a 2000, lapso en el que se sientan las bases fundamentales de operación del nuevo modelo y se superan los principales obstáculos para la reforma y; de 2000 a 2010, periodo de instauración e inicio de consolidación.

La primera fase de las reformas neoliberales de salud (1982-1984) se inaugura con la primera creación del Sistema Nacional de Salud, que generó entre los estudiosos del tema expectativas sobre la creación de un Sistema Único de Salud para toda la población, financiado con fondos públicos y por la seguridad social que garantizara una atención a la salud más equitativa. Pero inmediatamente quedó claro que se trataba de crear las bases para las transformaciones neoliberales de la salud (Eibenschutz y Vilar, 2007; Eibenschutz, 2007). Como señalan las autoras, a nivel internacional se optó por transformar al Banco Mundial (BM) en la principal institución rectora de los acuerdos multinacionales de salud, función que venía desarrollando la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), dejando claro que las principales funciones que se tomarían en cuenta para hablar y actuar en salud eran las económicas, y el principal instrumento de presión sobre los gobiernos nacionales era la deuda externa. Esto provocó que simultáneamente la mayoría de los países latinoamericanos constituyeran sus sistemas nacionales de salud bajo la presión del BM y el FMI. En realidad, la creación de la mayoría de los sistemas nacionales de salud se hizo bajo el paradigma de la mezcla o “mix” público-privado y, aunque no fue parte explícita del discurso la reforma en México, se caracterizó por la descentralización inequitativa y la privatización de los servicios de atención médica. Otra característica de la llamada reforma sanitaria en México fueron cambios legales y constitucionales, que definieron a la Secretaría de Salud como cabeza del sector y se financió con dinero público

el crecimiento del sector privado mediante el crecimiento de los seguros privados de salud financiados por instituciones públicas.

En la segunda fase de las reformas neoliberales en salud (1994-2000) es importante señalar que en los noventa el Instituto Mexicano del Seguro Social seguía siendo la institución más fuerte y dinámica del sector, y por lo tanto se convirtió en la punta de lanza de las transformaciones neoliberales en salud. Los cambios más importantes de la reforma a la seguridad social de 1997 fueron: a) cambio en la forma de cotización a partir del establecimiento de una cuota uniforme en lugar de una aportación proporcional al salario, lo que significó la pérdida de la solidaridad del esquema anterior; b) creación de un seguro voluntario mediante el establecimiento del Seguro para la Familia, acción con la que se pretendía captar a las capas medias de la sociedad con capacidad de pago, y c) hacer vigente un ordenamiento de reversión de cuotas ya existente en la Ley del IMSS, pero sin aplicación hasta entonces, lo que posibilita que hasta el 40% de los fondos del seguro de Enfermedad y Maternidad puedan ser retirados por los empresarios para elegir otra opción de atención para los trabajadores (Moreno *et al.*, 2003: 240), que es obviamente la privada. Hay que recordar que este tipo de cotizantes contribuyen con el 45% del total de las cuotas de los trabajadores, su éxodo profundizó el desfinanciamiento de los servicios médicos del IMSS, así como una selección adversa para la institución, pues se quedó con los trabajadores de menores ingresos y mayores riesgos, así como los casos excluidos de la atención privada por la complejidad, costo y/o cronicidad de su patología (López y Blanco, 2001:48). Otro cambio radical fue la entrega a las empresas privadas (AFORES) del capital de las pensiones manejadas por el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) por parte del IMSS. Estas y otras medidas de corte neoliberal terminan por llevar a la quiebra al IMSS, como veremos más adelante. Por otra parte, en 1998 se firma el acuerdo de préstamo IMSS-Banco Mundial, poco conocido por la mayoría (García Romero, 2006). En este acuerdo se pone en evidencia que el BM pasó de su función “recomendadora” a la de gestión directa dentro del IMSS, ya que por iniciativa del IMSS, el gobierno federal tramitó un préstamo por 700 millones de dólares con el BM para aplicar el programa de reformas al sistema de salud sugerido por este organismo y, además, se tramitó el préstamo para asistencia técnica por un monto de 25 millones de dólares (Banco Mundial, 1998), cuyas condiciones establecidas fueron: 1) separación de las áreas de financiamiento y la prestación de servicios médicos para propiciar la expansión de la mezcla público/privada; 2) alentar el financiamiento y la oferta privada de seguros, y 3) alentar la prestación de servicios clínicos por el sector privado. Así, la supremacía y el control del BM sobre el IMSS se expresó en la creación de una Unidad de Coordinación del proyecto dentro

del propio instituto con personal del Banco Mundial, cuyos salarios son pagados por el IMSS con dinero del mismo préstamo. Las funciones primordiales de dicha coordinación se resumen en: *a*) “ayudar” a la coordinación y desarrollo de la reforma, incluyendo un sistema de seguimiento y de evaluación, y *b*) vigilar el cumplimiento de las condiciones impuestas por el Banco Mundial para el acuerdo de préstamo de 1998. De esta forma, este organismo internacional se constituye en gestor y evaluador (juez y parte) de la progresiva privatización del IMSS (García Romero, 2006) y queda clara la injerencia directa del Banco Mundial en la estructura del IMSS. Es también en esta década que la política de extensión de cobertura fue sustituida por los programas focalizados de combate a la pobreza (Programa Oportunidades), con una orientación clara hacia la financiación de la demanda, centrado en la familia y más concretamente en la mujer, y que perfilaba la futura política neoliberal del cuidado de la salud dictada por el BM, la llamada protección social con su versión actualizada denominada Manejo Social del Riesgo. La firma del TLCAN en 1994, constituyó otro hecho fundamental para estimular fuertemente el crecimiento de un complejo médico industrial, basado en alta tecnología, redes de servicios y alto consumo de productos farmacéuticos, a través de incentivos económicos y jurídicos (Laurell y Ortega, 1991). Fue también durante la década de los noventa que se llevó a cabo uno de los cambios más importante que iba a allanar el camino para una nueva propuesta de reforma de la seguridad social. Este cambio fue la creación del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), los ahorros para el sistema de jubilación, por el cual los fondos colectivos fueron sustituidos por fondos individuales, y cuya administración fue transferida del sector público a los bancos privados. En este proceso de preparación de las condiciones y eliminación de los obstáculos al pleno desarrollo del modelo en cuestión, el desmantelamiento de la seguridad social jugó un papel fundamental y muy especialmente del IMSS, como ya se señaló anteriormente. Así, entre 1995 y 1999, el IMSS sólo aumentó 40 camas, 456 consultorios y ocho quirófanos, registrándose en el censo respectivo 12 salas de expulsión menos. Por otro lado, si se observa la distribución porcentual del presupuesto en los rubros de administración, atención preventiva, atención curativa y construcción de edificios para servicios de salud, llama la atención que, mientras los primeros tres muestran modificaciones mínimas entre 1990 y 1999 para la seguridad social, el último rubro sufre un descenso importante, pues baja su participación porcentual de 5.34 a 2.47%, lo que seguramente explica el nulo crecimiento de unidades de hospitalización en ese periodo: 259 en 1990 y 257 en 1999 (Moreno *et al.*, 2003:242), que garantiza abrir el espacio a la subrogación de servicios médicos al sector privado. Por su parte, Tamez y Valle (2005) muestran que durante la década de 1990 al 2000, las unidades mé-

dicas para los servicios de la población no asegurada aumentan constantemente, siendo mayor el incremento para la Secretaría de Salud (SS) en la segunda mitad de la década, lo cual era sin duda necesario para establecer la política de protección social. Lo contrario sucede para los servicios de la seguridad social, con un declive global del 7.1%, llamando especialmente la atención la disminución registrada por el IMSS, cercana al 20% durante la segunda mitad de la década. Además, señalan que la tasa de camas disminuye en todas las instituciones, a excepción del IMSS-Solidaridad, mientras que la tasa de los quirófanos se mantiene en términos generales sin cambio. Por su parte, la tasa de consultorios aumenta en todas las instituciones, menos en el IMSS. Queda claro que estos cambios preparan la infraestructura pública de servicios de salud del primer nivel de atención, para brindar atención al futuro Seguro Popular, descuidando progresivamente al IMSS, hasta llevarlo a la quiebra. En resumen, con los cambios ocasionados por la reforma tanto a nivel de los servicios para población abierta como de la institución más importante (el IMSS), se dieron los pasos decisivos para transformar la atención a la salud en mercancía, favorecer el crecimiento del sector privado sostenido por los seguros privados de salud, dando como resultado un sistema de atención diferenciado y desarticulado. Estas modificaciones también implicaron el tránsito de derechos sociales a derechos individuales; de universalidad a propuestas crecientemente selectivas; de solidaridad a individualización de costos y de integralidad a fragmentación. Es decir, se reproduce en forma creciente y permanente la inequidad y la injusticia social.

La tercera fase de la reforma neoliberal en salud (2000-2012) se caracteriza por la profundización de los cambios neoliberales y la creación del Seguro Popular en nuestro país. Se trata de un periodo de instauración e inicio de consolidación, del modelo implícito de la reforma neoliberal en salud. En el año 2000, el presidente Vicente Fox —empresario de profesión—, designó a Julio Frenk como secretario de Salud. En su nueva posición, el entusiasta ideólogo de la reforma neoliberal podría ahora llevar a cabo las acciones necesarias para profundizar y consolidar los principales ejes del nuevo sistema de salud mexicano. Durante este periodo, se diseña y aplica el Programa Nacional de Salud 2001-2006, que fue titulado “La democratización de la salud en México”, el cual profundiza las estrategias reseñadas anteriormente y explícitamente plantea la necesidad de “alinear las políticas fiscales con las políticas de salud mediante el estímulo al prepago por la atención a la salud” (SS, 2001). En el año 2001, el Banco Mundial propone medidas para prácticamente todos los ámbitos sociales y económicos del país, a partir de una agenda de desarrollo de cinco puntos (Giugale *et al.*, 2001). En ese documento se plantea un ordenamiento general que, aunque

ataña a la reorganización de los servicios de salud, pone el acento principalmente en los aspectos financieros, al plantear la necesidad de: redoblar los esfuerzos para acelerar el crecimiento y la competitividad en el largo plazo, estableciendo un sistema financiero sólido que estimule la inversión privada y proteja los ahorros de los mexicanos. Se recomienda asimismo eliminar las barreras a los flujos de capital privado liberalizando en forma gradual las áreas que actualmente se encuentran dominadas por el sector público o son monopolios *cuasi* públicos. En continuidad con la alineación al “pensamiento único” (Ramonet, 2006) neoliberal de las últimas décadas, en el documento titulado “La reforma de la salud en México” —elaborado por Frenk y demás investigadores miembros de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD, 2001), basado en el Informe sobre la Salud en el Mundo de 2000 (WHO, 2000)—, se presentan cuatro acciones prioritarias para lograr las metas del PNS 2001-2006, a saber: a) establecer el seguro nacional de salud; b) separar el financiamiento de la prestación de servicios; c) incentivar la participación del sector privado en el cuidado de la salud, y d) crear un fondo nacional de salud pública (Soberón, 2001). La principal razón esgrimida por el gobierno para incentivar la participación privada en la prestación de servicios de salud fue la saturación y deteriorada calidad de los servicios del IMSS y el ISSSTE (ocasionados por las políticas adoptadas por el gobierno mexicano desde la década de los ochenta). La propuesta gubernamental señala que ante la imposibilidad de atender a la “nueva población derechohabiente”, constituida por los grupos cotizantes más altos y por los trabajadores de la economía informal, se debe utilizar la infraestructura disponible a través de establecimientos privados mediante un financiamiento público. Como resultado del reconocimiento tardío del fracaso de la lucha contra la pobreza en México, el Banco Mundial diseñó una propuesta que modificaba la concepción de protección social vigente hasta entonces y que influyó de manera decisiva las tendencias de la política de salud. Esta nueva propuesta, denominada Manejo Social del Riesgo (MSR), plantea un nuevo marco conceptual o más bien un nuevo paradigma que a la vez que redefine, amplía el concepto de protección social (PS). Este nuevo marco que va más allá del concepto tradicional de protección social (entendido sucintamente como “medidas del sector público para proveer seguridad de ingresos a las personas”), considera que el MSR se basa en la idea de que todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a distintas modalidades de riesgo, tanto naturales (terremotos, inundaciones, enfermedades) como sociales o producidas por el hombre (desempleo, guerras, deterioro ambiental, etc.), y se olvida de garantizar que los pobres no caigan en extrema pobreza y abandona la llamada lucha contra la pobreza (Holzmann y Jorgensen, 2003). El aspecto principal de esta propuesta

es la posibilidad de que los diferentes riesgos afecten negativamente los ingresos de las personas, familias y/o comunidades y, por lo tanto, su capacidad de generar y profundizar la pobreza. No se trata —como sería lógico— de prevenir y superar los riesgos sociales propiamente dichos, sino de brindar instrumentos que contribuyan a evitar que las personas, familias y/o comunidades, al enfrentarse a estos riesgos, caigan por debajo de cierto umbral de pobreza o se vuelvan incapaces de salir de ella (Holzman y Jorgensen, 2003). En este planteamiento, el estado de salud y la situación epidemiológica de la población no son tomados en cuenta, y el acceso a la atención de los problemas de salud solamente interesa en cuanto mecanismo para evitar caer en situación de pobreza. Esta propuesta, por lo tanto, se orienta principalmente a la mitigación de la pobreza extrema y a brindar instrumentos a los pobres para que “salgan” de su situación y sean capaces de asumir mayores riesgos (entendiendo como “riesgo” las actividades que tienden hacia la búsqueda de mayores ingresos: inversiones, créditos, etc.). Redefine la protección social, no porque extienda el pretendido carácter de universalidad de acceso a los servicios sociales, sino porque incluye además del sector público, al mercado y a las familias y comunidades, estas dos últimas consideradas como “sistemas informales de protección” (Holzman y Jorgensen, 2003). Estas propuestas del Banco Mundial fueron retomadas por el entonces secretario de Salud, Julio Frenk y sus colaboradores en un documento publicado en 2004 (Frenk *et al.*, 2004). En este documento, lo que se enfatiza del Manejo Social del Riesgo, es lo que se denomina “financiamiento justo”, que en los hechos no es otra cosa más que igualar financieramente a las instituciones de seguridad social con las de población abierta, bajo el supuesto de que la seguridad social es muy cara. Es decir, se trata de homologar a la baja los servicios de salud, reduciéndolos a la atención de algunas enfermedades o daños “esenciales” y dejando al sector privado la atención de los padecimientos más rentables. Otra propuesta complementaria a esta visión es la publicada en 2005 por el Banco Mundial (WHO, 2005), que va dirigida específicamente al financiamiento de este tipo de modelos. Aquí se establecen como premisas fundamentales del modelo de protección social el “prepago” y la “mancomunación” de recursos, en correspondencia a la lógica del aseguramiento privado, aun cuando éste sea de carácter público. Esta visión es adaptada al caso mexicano a partir del Seguro Popular, el cual se considera como un seguro público que, además abre importantes espacios a la mezcla público-privada a través de la cada vez más frecuente subrogación de servicios que en los hechos significa mercantilizar la salud a partir de fondos públicos. Es decir, se trata de una privatización indirecta de la atención y contraria al principio del derecho a la salud, aunque el mismo

se elevó desde 1986 a rango constitucional. En esta etapa, las políticas focales de ataque a la pobreza se mantienen a manera de transferencias directas en efectivo al núcleo familiar, que tienen por objetivo hacer menos “vulnerables” a los pobres, pero en esta nueva concepción condicionan la transferencia monetaria a que las familias inviertan en su propio capital humano y en el de sus hijos, es decir, los lleven a la escuela o puedan pagar los gastos en salud o asistan a pláticas y tomen anticonceptivos (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, 2009). En definitiva, se establece con claridad la complementariedad de un seguro de salud y estos subsidios focalizados como elementos interdependientes de la protección social. En otras palabras, para recibir los apoyos económicos es requisito estar registrado en el Seguro Popular, por lo tanto, se condiciona el derecho a la salud. Supuestamente, este tipo de estrategia permitirá salir de su pobreza a los pobres, no sólo de manera actual (evitando los gastos “catastróficos” empobrecedores), sino también en el futuro a los hijos, mediante el desarrollo de las habilidades que permite la inversión en capital humano.

SITUACIÓN ACTUAL: EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) EN MÉXICO

La política de salud de la administración del PRI (2012-2018), fue delineada en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, derivado del Plan Nacional de Desarrollo del mismo periodo. Este programa ha sido el instrumento rector del sector salud, a través del cual el gobierno formuló las estrategias y acciones en el SNS. El documento se compone de 39 estrategias y 274 líneas de acción para alcanzar seis objetivos propuestos, los cuales son:

- 1) Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- 2) Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
- 3) Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
- 4) Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
- 5) Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
- 6) Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal (SINASU) bajo la rectoría de la Secretaría de Salud (SSa, 2013).

Desde la perspectiva oficial, el Programa Sectorial de Salud fue pensado para cumplir cabalmente con los indicadores exigidos por la Organización

para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). El documento centra su interés en la adecuación al marco legal de las instituciones de salud y seguridad social, y en la homologación e intercambio de servicios, con lo cual —según el gobierno de Enrique Peña Nieto— se busca “la optimización de los recursos en instituciones públicas” (Peña Nieto, 2017:203). Desde nuestra perspectiva, esta estrategia implica preparar las condiciones para la portabilidad, es decir, la posibilidad de flexibilizar la oferta ofreciendo la capacidad de elección a los usuarios.

A pesar de que la universalización era la principal estrategia oficial, no es sino hasta el final del sexenio que ese propósito se concreta al ponerse en marcha el Programa de Intercambio de Servicios Planificado. Así, el 2 de marzo de 2017 la SSA, el IMSS y el ISSSTE firmaron el Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio de Servicios, y en junio de 2017 se suscribieron 11 convenios específicos con los estados de Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Coahuila de Zaragoza, Durango, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas y Yucatán (Peña Nieto, 2017).

De acuerdo al último informe presidencial, el intercambio de servicios

[...] dispone de un listado de 715 intervenciones que podrán complementar la atención que los usuarios reciben en sus unidades de adscripción. El listado considera 301 intervenciones relacionadas con servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; 65 intervenciones vinculadas con 15 especialidades médicas y 349 intervenciones correlacionadas con 21 especialidades quirúrgicas (Peña Nieto, 2017:203).

Además, se prevé el establecimiento de tarifas que serán pagadas a la institución que preste la atención.

En cuanto a la situación financiera de las dos instituciones más importantes del SNS (el IMSS y el SPS), el Informe del Ejecutivo Federal al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016–2017, indica que la afiliación al IMSS se ha incrementado más allá de lo esperado, lo que ha permitido un aumento de los ingresos, mientras que los esfuerzos operativos han generado una disminución de los gastos. De acuerdo a Aguilera (2016), no hay información suficiente sobre cómo esto ha impactado la calidad de la atención. Con todo, está claro que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) no tendrá que preocuparse por fondear al IMSS al menos hasta el 2020.

Al respecto, el entonces director del IMSS, Mikel Arreola, en la celebración de la 108 Asamblea General de la institución, en la que se presentaba el 5° Informe del instituto, el funcionario aseguró que por primera vez en 35 años la institución reportaba números negros y recordó que en el año

2012 estaba en quiebra; afirmó que los pronósticos ese año no eran muy optimistas, pues según las proyecciones el IMSS tendría capacidad de funcionar solamente hasta 2014 (Cruz-Martínez y Vargas, 2017).

Indicó también que en la actualidad el IMSS no sólo se ha recuperado, sino que se han invertido 33,447 millones en infraestructura en construcción de 12 nuevos hospitales y 40 unidades de medicina familiar, que terminarán de construirse en este sexenio y que próximamente se inauguraría el Hospital General de Zona No. 3 con 144 camas y buena capacidad para atención quirúrgica (Cruz-Martínez y Vargas, 2017), mientras que el monto del financiamiento del SPS en este sexenio ha disminuido (Aguilera, 2016).

Respecto a la afiliación, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) señala que para 2012, una de cada cinco personas no estaba cubierta por algún esquema de aseguramiento público en salud (o sea el 20%); según la Ensanut (2016), la cobertura había crecido en ese año a 86.6%, es decir, la cobertura aumentó entre 2012 y 2014 un 6%. Por su parte, en el Quinto Informe de Gobierno (2017), se indica que teniendo como referente la población total cubierta, la

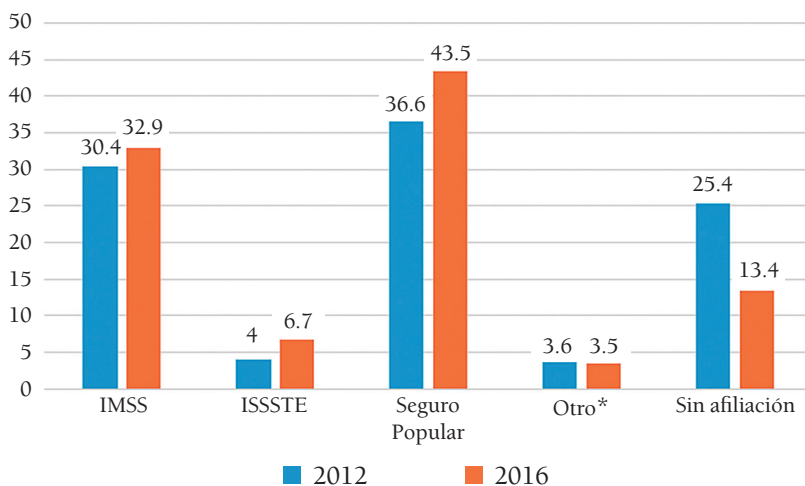
[...] creciente afiliación se refleja en el aumento de la utilización de servicios públicos de salud, que pasó de 53% en 2012 a 63% en 2014. Asimismo, se reporta que el acceso efectivo a medicamentos, por parte de la población que recibió todos los medicamentos prescritos en su unidad de salud, aumentó de 65% en 2012 a 69.2% en 2016 (Peña Nieto, 2017:200).

En cuanto a la cobertura sólo del IMSS, el documento señala que en junio del año 2017 la población derechohabiente era de 55.3 millones, y si se considera a los más de 9.7 millones de beneficiarios no adscritos a esta institución, pero que hacen uso de los servicios a partir de la afiliación de su titular, la población cubierta fue de 65 millones de derechohabientes, sin considerar el Programa IMSS-PROSPERA (Peña Nieto, 2017).

No obstante, los números varían de acuerdo a la fuente consultada; la SSa reporta lo siguiente: la población sin cobertura en 2012 era del 25.4% y para 2016 esta cifra disminuyó a 13.4%; en el IMSS, en 2012 recibían atención 30.4%, dato que asciende a 32.9% en 2016; para el SPS estas cifras son 36.6% y 43.5% en el mismo periodo (gráfica 1).

Por su parte, el IMSS, en su Programa Institucional 2014-2018 (PIIMSS, 2014-2018) reporta para 2012 una cobertura del 58.9% de la población total, con una cobertura de 69,330,621, incluyendo a los casi 12 millones de IMSS-Oportunidades. En este documento se señala también que el SPS cubre a 52,908,011, lo que corresponde casi al 45% del total de la población mexicana (tabla 1).

GRÁFICA 1
EVOLUCIÓN DE AFILIACIÓN EN
INSTITUCIONES PÚBLICAS, 2012-2016 (PORCENTAJES)



*Otro incluye: PEMEX, SEDENA/SEMAR, Privado, ISSSTE Estatal, "Otro" y "Se desconoce".

FUENTE: Peña Nieto (2017).

La seguridad social. Papel del IMSS en la definición de la política de salud

Algunas acciones son indicativas de cambios impulsados por el actual gobierno. Por ejemplo, llama la atención dos hechos que colocan al IMSS como la líder del sector: el primero es el saneamiento de sus finanzas, que al inicio del sexenio estaba en quiebra y que en la actualidad goza de salud financiera, situación que está asegurada hasta 2020. Otra acción fundamental para las instituciones fue el papel que jugó el IMSS en la coordinación de la compra consolidada de medicamentos e insumos para la salud.

Compra consolidada de medicamentos

Una acción singular impulsada por el gobierno actual fue la compra consolidada de medicamentos e insumos para la salud bajo la coordinación del IMSS en el periodo 2012-2016. Según reportes oficiales, con estas adquisiciones se amplió la oferta de medicamentos y de insumos para la población de todas las instituciones de seguridad social. Esta acción implicó un costo de 42 mil millones y generó ahorros por 14,214 millones de pesos, gracias a que la coordinación interinstitucional jugó un papel fundamental, garanti-

TABLA 1
POBLACIÓN POR CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO
(DICIEMBRE 2012)

<i>Institución</i>	<i>Número de derechohabientes</i>	<i>Porcentaje de la población*</i>
IMSS	69,330,621	58.90
Régimen ordinario	57,475,897	48.80
Asegurados directos ¹	16,062,043	13.60
Otros asegurados ²	6,520,957	5.50
Pensionados ³	3,276,596	2.80
Familiares ⁴	31,616,301	26.90
IMSS-Oportunidades	11,854,724	10.10
ISSSTE	12,449,609	10.60
SPS	52,908,011	44.90
PEMEX, SEDENA, SEMAR	1,143,663	1.00
Instituciones privadas	2,102,931	1.80
Otras instituciones públicas	944,092	0.80

* La población a diciembre de 2012 se estimó como el promedio de las poblaciones a mitad del año de 2012 y 2013 proyectadas por el Consejo Nacional de Población (117'724,402 personas).

¹ Incluye a los trabajadores del sector privado y a trabajadores del IMSS como patrón.

² Incluye el Seguro Facultativo (estudiantes, familiares de los trabajadores IMSS y familiares de los trabajadores de la Comisión Federal de Electricidad), Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) y Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio. En estos seguros se registra al titular y a cada uno de los miembros de la familia.

³ Incluye los pensionados no asociados al IMSS como patrón y los pensionados asociados al IMSS como patrón.

⁴ Las cifras de familiares corresponden a estimaciones determinadas con base en coeficientes familiares. Los coeficientes familiares pueden ser interpretados como un promedio del número de miembros por familia y se aplican al número de asegurados directos y de pensionados.

FUENTE: tabla tomada del PIIMSS 2014-2018 (IMSS, 2014).

zando el abasto de medicamentos de mayor calidad. Participaron el IMSS, el ISSSTE, Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), 18 entidades federativas y 17 dependencias de la SSa. Según la versión oficial, “La licitación pública permitió la adquisición de 1,371 claves de medicamentos y material de curación” (Peña Nieto, 2017:213).

Otra inversión de gran importancia fue la compra de equipo médico altamente especializado por la cantidad de 3,800 millones para la compra de 1,612 equipos de alta tecnología (Cruz-Martínez y Vargas, 2017).

Estas acciones recibieron una cobertura periodística muy importante; al respecto, el entonces director del IMSS, Mikel Arreola, hizo declaraciones en las que afirmaba que se compraron medicamentos innovadores “que ofrecen curar enfermedades, principalmente las que causan una mayor cantidad de muertes —diabetes, hipertensión, cáncer y padecimientos de hígado— está comprobado que el beneficio de las moléculas originales justifica su costo”. Además, el funcionario consideró que estas acciones contribuirían a disminuir los casos de hospitalización por estas causas (Cruz-Martínez, 2017a) y que, debido a la compra consolidada, se adquirieron medicamentos 35% más baratos que en años anteriores (Cruz-Martínez, 2017b).

Por otra parte, para valorar la importancia del IMSS dentro del sector —en el PIIMSS 2014-2018— se señala que esta institución cuenta con casi medio millón de trabajadores, además su infraestructura es la más importante del país, pues cuenta con más de 5,700 unidades médicas, 1,451 guarderías y 1,400 farmacias, además de múltiples espacios necesarios para la provisión del resto de prestaciones comprendidas por la seguridad social.

Con estos recursos, en un día corriente la institución atiende más de 500 mil consultas, 200 mil niños en las guarderías, 50 mil urgencias y cuatro mil intervenciones quirúrgicas; estas actividades se hacen mediante la participación de 428 mil trabajadores que laboran en seis mil unidades médicas.

Tales cifras y el protagonismo que el IMSS ha tenido en acciones como las referidas anteriormente, muestran que esta institución sigue siendo predominante dentro del sector y que durante este sexenio se le dotó del liderazgo político para ejercer este papel.

El Seguro Popular de Salud (SPS)

El SPS, durante los dos sexenios panistas (2000-2012), figuró como el proyecto principal del “gobierno del cambio” que reproducía fielmente el marco normativo elaborado por el BM presentado en el documento *Reforma de la Salud en México* (2001) y planteaba —entre otras estrategias— la necesidad de “alinear las políticas fiscales con las políticas de salud, mediante el estímulo al prepago por la atención a la salud” (SSa, 2001).

Lo que se buscaba en ese momento era: establecer el seguro nacional de salud, incentivar la participación del sector privado en el cuidado de la salud, crear un fondo nacional de salud pública y separar el financiamiento de la prestación de servicios (Soberón, 2001).

Así, el SPS constituyó el “brazo operativo” del Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS). Inicialmente,

[...] la afiliación al SPS se legisló como derecho de todos los mexicanos (Ley General de Salud, 2004; Artículo 71 bis 1) sin seguro social laboral, independientemente de su condición económica. Sin embargo, a partir de 2007 su concepción fue más ambigua al ser presentada como una política de combate a la pobreza o focalizada en la población vulnerable (Laurell, 2015:14).

Durante este periodo (2000-2012), para disciplinar a las instituciones de seguridad social, la SSA en su carácter de cabeza del sector, buscó insistentemente la separación de funciones entre regulación, administración de fondos, compra y prestación de servicios. A pesar de los múltiples intentos, este objetivo no prosperó al ritmo deseado por los gobiernos en turno y, aunque el IMSS fue castigado financieramente, conservó su estructura intacta.

La prioridad política de estos gobiernos era económica y los estados recibían el apoyo financiero en razón del número de afiliados. Según la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) 2011, la cobertura universal se había alcanzado para ese año con 51.8 millones de personas afiliadas al SPS (CNPSS, 2012). No obstante, otros resultados señalan cifras distintas, por ejemplo Laurell (2015:117) opina que

[...] los resultados del análisis comparativo entre los datos de afiliación de la CNPSS y de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) de 2010, mostraron que 35.5 millones de personas, o el 38% de la población, no estaba afiliada a ningún seguro, esto nos permite concluir que la afirmación de la CNPSS es equivocada o falsa.

Como vimos anteriormente, en el 2012, la Ensanut presentaba otras cifras e identificaba una cobertura de 38% para el SPS, 32% para el IMSS y 6% para el ISSSTE, mientras que 21.4% de la población no tenía acceso a servicios de salud. Sin embargo, estas coberturas mostraban diferencias sustanciales en el número de intervenciones ofrecidas. López-Arellano y Jarillo-Soto (2016), en un análisis más reciente indican que en ese año el IMSS tenía capacidad para 14,900 diagnósticos, mientras que el SPS diagnosticaba y trataba aproximadamente 1,556 enfermedades.

Desde su surgimiento y hasta la actualidad, el SPS brinda un paquete de intervenciones reducido e insuficiente para la diversidad de enfermedades que padece la población. Así vemos que del 2004 (año en que inició el SPS) al 2005, el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) operó cubriendo 154 intervenciones con la utilización de 168 medicamentos. En 2006, año en que el catálogo fue sustituido por el Catálogo Universal de Servicios Esen-

ciales de Salud (CAUSES), aumentó el número de intervenciones a 249 con 307 medicamentos. Actualmente, en el año 2017, el número de intervenciones es de 287 y 660 medicamentos, más las 61 intervenciones del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos (FPGC) (Peña Nieto, 2017:201). Todo esto, aunado a que el acceso a los tratamientos se ha visto limitado por problemas en el abasto de medicamentos, ya que —de acuerdo a algunos investigadores— sólo 65% de las recetas se surten en su totalidad (López-Arellano y Jarillo-Soto, 2016).

Las condiciones de financiamiento del SPS siguen siendo las mismas y su principal fuente es el subsidio federal proveniente de recursos fiscales. Así tenemos que, entre enero y junio de 2017, los servicios en salud de los beneficiarios del SPS se sustentaron con transferencias federales que sumaron 25,505.2 millones de pesos (Peña Nieto, 2017:201). Durante el año 2016, el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos (FPGC) ejerció 8,253.7 millones de pesos para la atención de 129,837 casos validados, entre los que destacan: 3,513 de cáncer cérvico-uterino (105.9 millones de pesos); 10,226 de cáncer de mama (2,198.8 millones de pesos); y 20,316 casos de cuidados intensivos neonatales (952.9 millones de pesos). Mientras que de enero a junio de 2017 se autorizaron recursos por 1,167.4 millones de pesos que amparan la atención de 97,752 casos validados por el FPGC (Peña Nieto, 2017).

En cuanto a la infraestructura, si bien se reconoce que se han construido nuevos espacios, los recursos siguen siendo limitados, por lo tanto, la racionalización de éstos ha ocasionado que disminuya la calidad de la atención y que se esté abriendo paso a la subrogación del servicio al sector privado. Así, de

[...] diciembre de 2012 y hasta junio de 2017, se acreditaron 1,349 establecimientos [públicos y privados] para brindar intervenciones establecidas en el CAUSES. Además, se acreditaron 370 servicios de alta especialidad para ofrecer las intervenciones del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos (FPGC) (Peña Nieto, 2017:221).

La mayoría de los establecimientos del SPS son parte de la infraestructura de la SSa, lo que origina un sistema dual que genera confusión administrativa y falta de coordinación. Además, sobrecarga las demandas históricas de los servicios públicos de salud sobre falta de personal, material, medicamentos y equipo, así como mejoras y ampliación de la infraestructura hospitalaria (Ramírez, 2010:147).

Los resultados que ha tenido el SPS a lo largo de estos años deben llevar a un serio replanteo sobre la capacidad del Estado mexicano de garantizar el derecho a la salud.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Según la versión oficial, para 2012 el cien por ciento de la población tenía cobertura de servicios de salud. Así, el sexenio en curso inició supuestamente en un momento en el que se había alcanzado la cobertura universal, y por lo menos en el financiamiento gubernamental, la brecha entre instituciones de seguridad social y SPS era menor. El IMSS estaba en quiebra y requeriría recursos externos de la administración, mientras que, según Aguilera (2016), los gobiernos estatales estaban haciendo un mal uso del dinero que les llegaba para el seguro popular.

En vísperas del cambio de gobierno en 2012 y, ante el regreso del PRI al poder, se creó una gran expectativa sobre las reformas al sistema de protección social. Al respecto, esta autora plantea que en el gobierno había dos posturas:

[...] por un lado, estaba el grupo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) que apoyaba el *statu quo* con un saneamiento financiero, y por otro el grupo de la Secretaría de Salud y de FUNSALUD que desde hace por lo menos 20 años han propuesto un sistema al que se le conoce como pluralismo estructurado (Aguilera, 2016:1).

La diferencia entre uno y otro es significativa. En el primer caso en realidad todo gira alrededor del IMSS sin ningún cambio sustancial en el rol de las estructuras que lo componen, ni en la forma de aseguramiento que tienen los derechohabientes. Desde esta perspectiva, el SPS sería un programa de mucho menor escala para la denominada población abierta.

El segundo modelo postula una reforma estructural que empezaría por separar los seguros del IMSS y procedería a hacer una separación de funciones entre financiamiento y prestación en el seguro de salud y maternidad; se buscaría una integración horizontal entre la seguridad social y el resto de instituciones, y el financiamiento seguiría siendo tripartita. El SPS seguiría siendo financiado por impuestos generales. Estos cambios estarían dirigidos a hacer más flexible el sistema para facilitar la participación del sector privado y otorgar a los pacientes la capacidad de elegir entre diferentes opciones (Aguilera, 2016).

Por supuesto, para facilitar la competencia entre diferentes entidades prestadoras se incorporó también el fortalecimiento del papel regulador de la Ssa en todo el sector como una línea de acción importante.

Laurell (2017), en su análisis del documento en el que se detallan las características del SINASU, opina que el primer hecho importante al momento de analizar el documento es que sólo se proponen las seis líneas de

acción citadas en el apartado anterior y tres indicadores para medir su avance que son: *a)* el de la población que carece de cualquier tipo de seguro; *b)* el de la población con seguro público que se atiende en los servicios públicos, y *c)* el de los hogares más pobres que sufren un gasto catastrófico de salud (Laurell, 2017).

Llama la atención que no se describen sus características ni se comprometen plazos para alcanzarlo. Refiere también que este sistema descansará sobre el aseguramiento público y privado, con un manejo eficiente de riesgos (Laurell, 2017). Desde la perspectiva de la autora, estas acciones tienen por objetivo incentivar la inscripción a la seguridad social mediante nuevos esquemas financieros, (re)afiliar al SPS y agilizar el aseguramiento privado.

La libertad de elección —bandera del programa basado en el pluralismo estructurado y que no se ha podido lograr, pues el intercambio institucional no se ha consolidado— ocupa un lugar importante y se prevé también una ampliación gradual de las intervenciones cubiertas por el SPS, sin especificar con qué criterios ni los plazos para llevarse a cabo.

Por supuesto, el establecimiento del SINASU requiere de un marco que establezca sus bases legales de existencia y operación, las cuales fueron perfiladas en el Programa Sectorial de Salud. Entre ellas destacan el establecimiento de una planeación interinstitucional única y de una unidad administrativa que regule y certifique la calidad de los establecimientos de salud, incluyendo la regulación de las Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES) y el fortalecimiento de la vinculación con las entidades federativas para el seguimiento de las políticas públicas y programas nacionales de salud. Además, se le da un espacio importante a la información en salud, pero sin describir y establecer los indicadores que posibilitarían evaluar los servicios para regularlos y mejorarlos. Asimismo, tampoco se aprecia en su contenido lineamientos que mejoren el sistema de información tan deficiente con el que contamos.

En la lectura del Programa Sectorial de Salud se observa que las medidas en general tienden a reafirmar el papel rector del sector de la SSa sobre las instituciones públicas de salud, especialmente las que opera el IMSS y los Sistemas Estatales de Salud con una clara recentralización del sistema de salud (Laurell, 2017).

Desde la perspectiva del intercambio de servicios previsto en casi todos los documentos oficiales consultados sobre el sexenio, y tomando en cuenta los datos señalados en el capítulo anterior respecto a las 715 intervenciones contempladas para dicho intercambio y los pasos preparatorios para el establecimiento del SINASU referidos con anterioridad, algunos autores coinciden en que probablemente esto marque el inicio de la construcción

de una red de prestadores provenientes de diversas instituciones incluyendo, por supuesto, las privadas.

Esto implica la existencia de incentivos que transfieran recursos financieros a las unidades prestadoras de acuerdo a los servicios otorgados. Para algunos estudiosos sobre el tema, el análisis de los documentos oficiales del sexenio en curso concluye: “Más que instrumentos para proteger la salud, se privilegian los mecanismos financieros para re-direccionar los fondos públicos hacia la demanda y promover la competencia por los recursos en redes plurales de proveedores públicos y privados” (López-Arellano y Jarillo-Soto, 2016:7). En su análisis, estos autores plantean que

[...] la separación de funciones es crucial para este modelo, pues al separar financiamiento de la prestación e introducir a las articuladoras de atención médica, se allana el camino para la incorporación de prestadores privados y para la consolidación de mercados estabilizados con fondos públicos” (López-Arellano y Jarillo-Soto, 2016:7).

Sin embargo, existe poca claridad respecto al grado de avance de esta separación de funciones, pero lo que se observa a través de la prensa nacional indica que, tanto IMSS e ISSSTE y en general las instituciones de seguridad social, así como el SPS siguen funcionando de manera vertical y son prácticamente independientes entre sí. Además, algunos estudios sobre la articulación entre los sectores público y privado para la prestación de los servicios señalan que el mecanismo más usado para transferir fondos al sector privado ha sido —hasta la actualidad— la subrogación aunque, de acuerdo a las autoras, empiezan a aparecer entidades que se perfilan ya como articuladoras entre el financiamiento y la prestación (Tamez, Eibenschutz, Zafra y Ramírez, 2016).

Por otro lado, en relación al volumen de servicios prestados por cada institución, el siguiente cuadro, recuperado del Programa Institucional del IMSS (PIIMSS, 2014-2018) y reelaborado por las autoras (tabla 2), muestra con claridad que numéricamente el volumen de servicios que brinda la mayor parte proporcional es el IMSS, ya que a excepción de las consultas odontológicas y los egresos, rubros en el que la Ssa cubre una mayor proporción (54.5 y 48.0% contra 29.5 y 38.7% del IMSS), el resto de las acciones reportadas son asumidas de manera importante por esta institución.

Asimismo, desde el punto de vista cualitativo (en el mismo cuadro) es interesante observar que de las consultas de especialidad y las de urgencias registradas a nivel nacional, el 39.8 y el 61.1% respectivamente, son atendidas por el IMSS, mientras que la Ssa atiende el 33.3 y el 28.1%. Por último, sumando los servicios brindados por IMSS e ISSSTE, la brecha comparativa con el SPS se ensancha.

TABLA 2
SERVICIOS OTORGADOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 2011
(PORCENTAJES)

Institución	Consultas				Egresos	Cirugías	Servicios auxiliares de diagnóstico		
	General	Especialidad	Urgencias	Odontológicas			Laboratorio clínico	Radiología	Otros
IMSS ¹	47.10	39.80	61.00	29.50	38.70	43.70	51.30	56.30	57.70
ISSS ²	7.40	15.90	3.60	8.90	6.70	6.80	8.80	9.00	12.20
Ambas	54.50	57.70	64.60	38.40	45.40	50.50	60.10	65.30	70.00
SSa ³	42.20	33.30	28.10	54.50	48.00	44.40	34.20	27.60	20.30
Otras instituciones 3/	3.20	11.10	7.20	7.10	6.60	5.10	5.70	7.00	9.80

¹ Incluye IMSS-Oportunidades.

² Secretaría de Salud, incluye los servicios prestados por los Servicios Estatales de Salud, los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Federales de Referencia. Estos servicios incluyen los otorgados bajo el SPS.

³ Incluye información de hospitales universitarios, PEMEX, SEMAR, ISSSTE estatales y SEDENA.

FUENTE: reelaboración por parte de las autoras del cuadro obtenido del PIIMSS 2014-2018 (IMSS, 2014).

Estos datos sustentan la apreciación de que existen “[...] evidencias para orientar la decisión política e institucional de optar por el IMSS como la institución/plataforma para el logro de cobertura universal en el país” (López-Arellano y Jarillo-Soto, 2016:7). Por supuesto, sin menospreciar los servicios ofrecidos por el Seguro Popular, esta situación pone de manifiesto que la seguridad social es el principal soporte cuantitativo y cualitativo de la atención para la salud en México.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

La universalización de los servicios de salud con base en un paquete básico de servicios para la población sin acceso a la seguridad social, se mantiene como meta rectora de las acciones, aunque la plataforma institucional a partir de la cual se norman los criterios para definir el número y la calidad de acciones del paquete universal, sigue siendo uno de los puntos sensibles de discusión. La verdad es que, aunque no se cuenta con cifras actualizadas, los datos presentados anteriormente apuntan al hecho de que la cobertura de toda la población mexicana, incluso en el terreno puramente formal, aún no se alcanza.

Se considera además que aun cuando las evidencias demuestran que este tipo de sistemas no garantizan el derecho a la salud e incrementan la desigualdad, el SINASU es un paso firme hacia un sistema de salud basado en la competencia y el mercado, con un paquete básico de servicios restringido y con apertura a los aseguradores y prestadores privados.

En el actual periodo presidencial, el liderazgo otorgado al SPS durante los dos sexenios previos, es sustituido por una reorientación que coloca al IMSS como la institución que juega un papel decisivo en la definición de la política de salud a nivel nacional.

Esta reorientación, en alguna medida, se explica por la imposibilidad de lograr algunas de las metas planteadas por el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) desde décadas pasadas, las cuales fueron expuestas en el modelo denominado Pluralismo Estructurado de Londoño y Frenk (1997), quienes aterrizaron esos lineamientos como propuesta rectora en América Latina. Especialmente, la separación entre la prestación y el financiamiento, ha sido muy difícil de alcanzar y por esa razón el IMSS y, en general las instituciones de seguridad social, siguen siendo las que cuentan con más recursos y que atienden al mayor número de población.

Un hecho relevante es que Mikel Arreola, entonces director del IMSS, en su última asamblea tuvo como interlocutores a las cúpulas de los sectores obrero y patronal, quienes manifestaron su respaldo al titular de esa depen-

dencia, activamente promovido por el gobierno y el PRI. Este hecho es de suma importancia, pues muestra el apoyo brindado a este funcionario por los sectores más emblemáticos del pacto corporativo, que fue y es sustento de los orígenes y desarrollo de las instituciones de seguridad social en México, especialmente del Instituto Mexicano del Seguro Social.

No hay que olvidar que durante los 70 años que el PRI se mantuvo en el poder de manera ininterrumpida, esta institución siempre fue líder del sector salud y todo indica que prevaleció esta orientación política en el presente sexenio.

Por otra parte, el diseño de una propuesta alternativa, dirigida a preparar la transición a sistemas realmente universales de salud y seguridad social, que garanticen la equidad en el acceso a servicios de salud y contribuyan al bienestar social de la población, constituye un desafío. Pero una propuesta con estas características requeriría de la apertura de un debate en el que participen de modo organizado los grupos afectados, incluyendo a los trabajadores de la salud, en el que se proponga un abordaje integral y sistémico, ya que existe una diversidad muy amplia de frentes y temas por los que transcurre la lucha por la defensa de la salud. Por supuesto, la plataforma base de la reorganización de los servicios tendría que contemplar a la seguridad social como punto de partida.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera, N. (2016), “El futuro del sistema de salud en México”, [Internet] *Animal Político*, Disponible en, <http://www.animalpolitico.com/blogueiros-blog-mexico-como-vamos/2017/07/11/futuro-del-sistema-salud-mexico/>.
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, (2009), *Informe sobre el desarrollo mundial*.
- Cruz-Martínez, A. (2017a), “Terminarán las compras inerciales en el IMSS”, anuncia Mikel Arriola [internet] *La jornada*, Disponible en, <http://www.jornada.unam.mx/2017/03/30/sociedad/040n2soc>.
- Cruz-Martínez, A. (2017b), “Anuncia el Seguro Social la mayor compra de fármacos en México” [internet] *La jornada*, Disponible en, <http://www.jornada.unam.mx/2017/08/16/ciencias/039n1soc>.
- Cruz-Martínez, A. & VARGAS, R. (2017), “La viabilidad del IMSS, garantizada hasta 2020”, sostiene Mikel Arriola [internet] *La jornada*, Disponible en, <http://jornada.unam.mx/2017/11/16/politica/006n2pol>.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud, CNPSS (2012), *Informe de Resultados 2011* (México D.F.: CNPSS).

- Diario Oficial de la Federación (2004), “Ley General De Salud”, en *Diario Oficial de la Federación 2 de junio*.
- Eibenschutz, C., Tamez, S. & Camacho, I. (2012), “La política sanitaria en México, desde la Medicina Social y la Salud Colectiva”, en *Derechos sociales y desarrollo incluyente*, Vol. 12, Colección, Análisis Estratégico para el Desarrollo, Ed. UNAM, México.
- Encuesta Nacional De Salud y Nutrición (2012), *Ensanut*, disponible en <<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>>.
- Encuesta Nacional De Salud y Nutrición (2016), *Ensanut*, disponibles en <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf>.
- García Romero, H. (2006), “La atención a la salud y la justicia distributiva”, *Tesis de Doctorado en Bioética*, FFyL, UNAM, Mimeo.
- Holzman R. y Jorgensen S. (2003), “Manejo social del riesgo, un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá”, *Rev Fac Nac de Salud Pública* 2(1), 73-106.
- Instituto Mexicano Del Seguro Social (IMSS) (2014), *Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018*, IMSS, México.
- Laurell, C. y Ortega, Ma. Elena (1991), “El proceso de privatización en salud, El caso de México”, *Informe de consultoría preparado para el Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud*, Washington, D.C.
- Laurell, C. y Ortega, Ma. Elena, (2015), *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano* [Internet], Buenos Aires, CLACSO.
- Laurell, C. y Ortega, Ma. Elena, 2017, “Programa Sectorial de Salud: la vuelta de tuerca mercantil”, [Internet] *La Jornada*, disponible en <<http://www.jornada.unam.mx/2014/01/08/opinion/a03a1cie>>.
- Londoño, J L. y J., Frenk (1997), “Structured pluralism, towards an innovative model for health system reform in Latin America” *Health Policy* 41, 1–36.
- López-Arellano, O. y Jarrillo-Soto, E. (2016), “¿Hacia dónde debe ir el sistema de salud en México?, una perspectiva desde el derecho a la salud?”/ Is there a way forward for the Mexican healthcare system?” *A human rights perspective, Medicina Social*, 10(1), 1-13.
- Moreno, P; Tamez, S. y Ortiz, C. (2003), “La seguridad social en México”, En *La situación del trabajo en México, 2003*, compilado por Enrique de la Garza y Carlos Salas, 227-249, México, Plaza y Valdés.
- Peña-Nieto, E. (2017), *Quinto Informe de Gobierno*, Presidencia de la República Mexicana.

- Ramírez, R. (2010), “Seguro Popular de Salud y Atención a la Infancia en el Tercer Nivel, Relaciones entre política y prácticas”, Tesis de Maestría en Medicina Social, México, UAM-X.
- Secretaría de Salud (SSa), *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, México D.F, SS; 2001.
- Secretaría de Salud (SSa) (20013-2018), México D.F, SS; 2013.
- Soberón G. (2001), “La participación del sector privado”, en, *La reforma de la salud en México*, México, D.F, FUNSALUD, p. 43-55.
- Tamez, S., Eibenschutz, C., Zafra, X. y Ramírez, R. (2016), “La articulación público-privada en la producción de vacunas en México”, *Saúde em Debate*, 40, 9-21.
- Tamez, S. y Valle RI. (2005), “Desigualdad social y reforma neoliberal en salud”, *Revista Mexicana de Sociología*, 67(2), 321-356.