
SALUD, NEOLIBERALISMO Y PRIVATIZACIÓN EN EL MÉXICO DE HOY

*Catalina Eibenschutz
Silvia Tamez
Claudia Bodek*

El objetivo central de este trabajo es indagar cuáles fueron las modalidades de instrumentación del modelo neoliberal en lo referente a la política sanitaria y de seguridad social en México. Para ello se seleccionaron algunos parámetros que definen el campo de estudio: sistema y régimen político, derechos ciudadanos, instituciones y modalidades de atención médica y seguridad social, y financiamiento, cuya evolución en el periodo posterior a 1980 se describirá someramente, considerando que fue este el periodo donde ocurrieron la crisis y los cambios y, por ende, la mudanza hacia el modelo neoliberal.

El propósito principal será detectar el impacto que tuvo el cambio de modelo sobre la política sanitaria y las instituciones.

México y el proyecto neoliberal

A partir de 1982 se inicia una época de fuertes cambios que afectan toda la estructura económica de nuestro país, y como se alteró el sistema productivo, consecuentemente cambiaron los aspectos administrativo, político, social y cultural. Esta situación ha sido denominada, de manera general, *proceso de modernización*, que en realidad significa la instru-

mentación del modelo neoliberal en todas las esferas de la realidad nacional.

Para conseguirlo se han instrumentado diversas políticas, entre las más importantes están la privatización de las empresas estatales, algunas de las cuales se reprivatizaron en menos de un lustro; el debilitamiento de las centrales obreras, la desregulación de la inversión extranjera, el aliento a la inversión privada, tanto nacional como internacional, así como la reducción del gasto social, tan estrechamente vinculado al contenido de este trabajo.

En pocas palabras podemos decir que el Estado Benefactor o el Estado Social emanado de la Revolución Mexicana, se “adelgaza” en la misma proporción en que avanza el proceso de privatización o modernización. La reestructuración del Estado o su redefinición dentro del nuevo esquema de acumulación, demanda también una nueva administración pública capaz de operar con mayor eficiencia y racionalidad. La política de modernización y de desregulación requieren una acción gubernamental limitada y circunscrita a la protección de la libertad de los sujetos sociales e individuales, así como velar por el cabal cumplimiento de los acuerdos sociales e incentivar la actividad competitiva de los mercados, lo que se ha dado en llamar *economía de mercado*.

A la agudización de la crisis a partir de 1982, que se manifiesta en todos los ámbitos de la vida nacional, la explican varias causas: la drástica caída del precio internacional del petróleo, la fuerte presión interna (empresarial) y externa (GATT, FMI), el altísimo endeudamiento público, las altas tasas de interés, la desigualdad del ingreso, el agotamiento del modelo de control político, la caída de hasta un 60 por ciento del valor adquisitivo de los salarios,¹ la falta de credibilidad en el régimen, la corrupción, el aumento en los índices de desempleo, el deterioro en los servicios públicos y el incremento de los índices de contaminación ambiental.²

El actual proyecto neoliberal cruza nuestra sociedad en su totalidad. La restricción de la actividad estatal pone al descubierto el libre juego de los intereses empresariales (sobretudo aquellos ligados al mercado internacional) y deja a la población en condiciones muy precarias en lo

¹ Estela Gutiérrez, “La crisis laboral y el futuro del trabajo”, *La ocupación del futuro*, México, Ed. Nueva Sociedad, 1990, pp. 63-87.

² A. Aguiano, (coord.), *La modernización de México*, México, UAM-X, 1991.

que se refiere a su capacidad reivindicativa para satisfacer sus necesidades básicas, ya que esta capacidad, así como los diversos satisfactores se encuentran ahora sujetos a la libre acción del mercado.

La política sanitaria

A partir de 1982 se acentuó la tendencia a utilizar modelos de atención médica de bajo costo, ya que la mayor parte de la extensión de cobertura se realizó en el rubro de Atención Primaria a la Salud.

Programa Nacional de Salud

El Plan Nacional de Salud es una responsabilidad de la cabeza de sector, (Secretaría de Salud-SS) y su elaboración se deriva de la Ley de Salud y Seguridad Social que tiene como primer antecedente la Ley de Planeación y el Plan Nacional de Desarrollo (PND). Uno de los capítulos del PND es el Acuerdo Nacional para el Mejoramiento Productivo del Nivel de Vida, que está "...orientado a lograr el bienestar de la nación y destacan los aspectos salud y seguridad social, impartición de justicia, educación, cultura y arte, deporte y juventud, alimentación, abasto, vivienda y servicios urbanos,"³ siendo uno de sus componentes la Ley de Salud Social arriba mencionada.

Antes de describir los aspectos más importantes del Programa Nacional de Salud (PNS) 1990-1994, es conveniente señalar que por razones desconocidas se elaboró un año después de la fecha fijada para ello sin que mediara explicación gubernamental alguna.

El acuerdo mencionado en el primer párrafo contiene cuatro líneas estratégicas: 1. Creación abundante de empleos bien remunerados; 2. Protección y aumento del poder adquisitivo del salario; 3. Atención a demandas prioritarias del bienestar social —capítulo donde aparece lo concerniente a la prestación de los servicios de salud—, y 4. Erradicación de la pobreza extrema.

Para lograr la cuarta estrategia, se diseñó el Programa Nacional de

³ *Programa Nacional de Salud, 1984-1988*, México, SSA, 1984.

Solidaridad, a partir del cual “se busca combatir la pobreza extrema en el medio urbano marginado y en las zonas rurales a través de acciones de educación, alimentación, salud, vivienda, agua potable, entre los principales rubros”.⁴

Objetivos y estrategias del PNS 1990-1994

Dentro de los propósitos explícitos del PNS se encuentran: promover un uso racional de los recursos disponibles y lograr un manejo de los mismos con “austeridad y transparencia”⁵ y concebir la salud no exclusivamente como un medio útil en sí mismo, sino como un fin a lograr como parte del desarrollo socioeconómico del país.

Para tal efecto, se menciona que los servicios deberán estar orientados a fomentar la salud, a prevenir las enfermedades, a restaurar la salud cuando ésta se haya perdido y a rehabilitar a quienes tengan algún grado de invalidez o incapacidad.

El objetivo general del PNS es

...impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con el concurso de las comunidades y los tres niveles de gobierno como medio eficaz para conseguir los recursos necesarios.⁶

A pesar de incluir los niveles preventivos, curativos y de rehabilitación, la realidad es que la cobertura se extendió principalmente mediante la Atención Primaria a la Salud (APS), cuyo contenido preventivista se orienta a transferir los costos y la responsabilidad de la salud a la población.

Para lograr el objetivo general del PNS se plantean las siguientes políticas: fomento de la cultura de la salud; acceso universal a los servicios de salud, con equidad y calidad; prevención y control de enfermedades y accidentes; protección del medio ambiente y saneamien-

⁴ *Plan Nacional de Desarrollo*, México, Presidencia de la República, 1989.

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*

to básico; contribución a la regulación del crecimiento demográfico e impulso a la asistencia social.

Dentro de las políticas que articulan la mayoría de las acciones y los cambios que implica en materia de política sanitaria, en el PNS se encuentra la que da prioridad a las zonas marginadas y a la población materno-infantil, lo que sin duda tiene relación con las altas tasas de mortalidad en esos sectores y en ese grupo poblacional. En esta estrategia se incorpora también la necesidad de instrumentar un modelo de atención primaria de la salud,⁷ es decir, se plantea selectividad de los servicios para grupos de alto riesgo a expensas de un servicio, que más que de atención primaria es un servicio simplificado, abaratado y muy deficiente, que se caracteriza por la ausencia de un segundo nivel de atención (hospitalario), o de mecanismos que garanticen una eficiente derivación a este nivel en caso de que se requiera.

Estrategias para consolidar el SNS

Las estrategias centrales del programa son:

– Coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud

Esta estrategia ha tenido serias dificultades para avanzar debido a que el funcionamiento de las instituciones de seguridad social no se ha modificado sustancialmente; sólo se ha logrado una coordinación efectiva para los programas de inmunizaciones y planificación familiar.

– Fortalecimiento de los sistemas locales de salud

Esta estrategia pretende lograr el establecimiento en todos los estados de un modelo abierto de servicios de salud para la población sustentado básicamente en programas de la APS.⁸

⁷ *Ibid.*

⁸ Catalina Eibenschutz y Silvia Tamez, "Estrategia de salud para todos en el año 2000 y políticas alternativas", IV Congreso Latinoamericano y V Congreso Mundial de Medicina Social, Colombia, 1987.

– *Descentralización de los servicios de salud*

Las limitaciones de esta estrategia se sintetizan en que sólo lograron afectar a las instituciones públicas que dan servicios a la población abierta, además de que sólo se entregó a los estados federados la administración y la dirección del sector salud en 14 de los 32 estados. A esto hay que añadir que a partir de 1988 el presidente de la República ha acentuado la centralización de toda la vida nacional como una medida para legitimar su gobierno sin ampliar la descentralización del sistema a más entidades federativas.

Es importante mencionar que la descentralización para el caso de IMSS-COPLAMAR, significó prácticamente su desmantelamiento en muchos estados de la república, ya que los gobiernos que tenían el sistema de salud descentralizado no asumieron los costos que implicaba mantener tal programa. Un ejemplo es el Estado de México, donde la población se ha quejado por el empeoramiento del servicio de APS.

Otro hecho importante debido a la estrategia en cuestión es que los estados donde el sistema está descentralizado se sintieron obligados a buscar nuevas fuentes de financiamiento, para lo cual aumentaron por diversos mecanismos las cuotas de recuperación (pago directo de los servicios). Un estudio reveló que la elevación de cuotas fluctuaba entre 90 por ciento y 253 por ciento.⁹

– *Coordinación intersectorial*

Para esta estrategia se establecieron 14 grupos interinstitucionales. Los informes oficiales señalan como avances principales los logros del Programa de Planificación Familiar, el establecimiento del Cuadro Básico Intersectorial y la subrogación de servicios. En la evaluación realizada por Valdés¹⁰ en relación al PNS, también se señala como objetivo importante de esta estrategia el control y el fomento de la industria químico-farmacéutica, lo cual parece bastante lejano de conseguir, debido a la naturaleza monopólica y trasnacional de esa industria.

⁹ Información personal recabada por las autoras.

¹⁰ C. Valdés Olmedo, F. Luna, L. Hernández, *México: perfiles de la salud hacia el año 2010. Una visión particular*, México, Fundación Mexicana para la Salud.

Al respecto, el actual secretario de Salud declaró:

...el papel de la Secretaría de Salud es fundamental: garantizar el suministro de los más eficaces y seguros medicamentos, para lo cual fomenta y regula tanto el medicamento propiamente dicho, producto o especialidad farmacéutica, como la materia prima y los intermedios básicos y excipientes que entran en la composición del medicamento y su proceso. La injerencia de la SS se extiende a la industria farmacológica y farmacéutica y a la producción nacional e importación de medicamentos.¹¹

En la actualidad, la elevada importación de materias primas farmacéuticas refleja el fracaso de la política arriba reseñada.¹²

– Participación de la comunidad

Las únicas acciones en las cuales se ha realizado de manera masiva y evidente esta participación ocurren durante los *días nacionales de vacunación*. Además, en realidad, la participación se reduce a transferir responsabilidades y costos a la población (“autocuidado” de la salud y culpabilización ante la enfermedad), ya que el nivel de decisión, vigilancia y gestión de los servicios queda en la institución.¹³

Modelo neoliberal y evolución del gasto en salud

Ya se ha señalado que una de las características del modelo es la restricción del gasto social. Para el caso del gasto en salud, el decremento ha sido muy importante. Se observa una caída a partir de 1982, cuando el gasto en salud era 2.37 por ciento del PIB y llegó a 1.72 por ciento en 1988.¹⁴

Por otra parte, la inflación implica un descenso del poder real de

¹¹ Jesús Kumate y A. Bernard, “La atención primaria de salud como instrumento de desarrollo en México”, *Salud Pública Mex.*, no. 31, 1989, pp. 177-184.

¹² J. Krasov, datos preliminares de investigación en proceso.

¹³ Catalina Eibenschutz y O. López Arellano, “La política de salud del salinismo”, *Revista de Salud y Cambio*, no. 4, Santiago de Chile.

¹⁴ C. Valdés Olmedo, “Políticas de salud en México. Una visión global”, Unidad de apoyo para facultades y escuelas, UNAM, 1990, Tabla 5, Mimeo.

compra de los recursos materiales, hecho que incrementa el descenso señalado en el párrafo anterior. Un dato ilustrativo al respecto es que la inflación fue en 1980 de 29.8 por ciento, en 1982 llegó a 98.8 por ciento y en 1987 alcanzó 158.7 por ciento, año en el que se inicia una política económica muy enérgica y la inflación empieza a descender.¹⁵

La asignación del gasto entre las diferentes instituciones del sector salud muestra inequidad entre las que brindan servicios a población abierta y las de seguridad social. Así tenemos que en 1980 de cada 1000 pesos gastados, 287 se destinaban a población abierta y el resto a las instituciones de seguridad social; en 1988 esta cifra descendió a 255 pesos, aumentando el grado de inequidad.

Relacionando los datos del cuadro con población cubierta y comparando los años de 1982 y 1989, encontramos que la inequidad es una tendencia del SNS, ya que para las instituciones de seguridad social, el gasto per cápita en atención médica en 1982 fue de 231.2 US\$, cifra que descendió a 175.7 US\$ en 1988, significando un decremento de -31.6 por ciento. Para el caso de las instituciones de atención a la población abierta, este indicador fue de 126.7 US\$ en 1982 y en 1989 esta cifra descendió a 68.7 por ciento, es decir, un -84.4 por ciento.¹⁶

Comparando la proporción de cobertura potencial y el crecimiento poblacional entre 1982 y 1990, observamos que la evolución proporcional de la cobertura de los servicios del IMSS disminuyó 5.6 por ciento, mientras que la SS (población abierta) aumentó 6.5 por ciento. Es decir, si se pondera la evolución de la asignación presupuestal a partir de la evolución de la cobertura y el crecimiento poblacional, encontramos que la inequidad se agudiza aun más.

Aunque durante la primera mitad de la década de los setenta las instituciones de seguridad social escaparon a la crisis presupuestal, aumentando su participación de 2.87 por ciento del PIB en 1970 a más de 3 por ciento en los siguientes años hasta llegar 3.64 por ciento en 1976, en el periodo de 1980-1990 estas instituciones también sufrieron el embate de la crisis, ya que los presupuestos per cápita del ISSSTE y del IMSS disminuyeron 44 por ciento. La crisis financiera de 1982 se refleja en un porcentaje del PIB para la seguridad social de 2.05 por ciento. Asimismo,

¹⁵ *Indicadores económicos*, Banco de México, 1998.

¹⁶ Cálculo hecho por las autoras con base en los datos del cuadro 1 y la población cubierta por institución.

el gasto total en términos absolutos para 1983 apenas alcanzaba el nivel de 1975.¹⁷

El panorama financiero arriba reseñado muestra un contexto de deterioro económico y consecuentemente funcional de los servicios de salud en general, siendo más profundo para los servicios de población abierta.

En síntesis y de acuerdo con Soria V. "... La crisis ha generado una contradicción entre la disminución del gasto en salud y seguridad social y el aumento de cobertura exigido por la necesidad de legitimación del Estado".¹⁸

El papel legitimador del Estado, que habían venido desempeñando los servicios de atención médica era muy importante, por lo tanto la caída del gasto en salud contribuyó a la crisis de legitimidad de 1988.

Evolución de la cobertura

En relación a la evolución de la cobertura (potencial y/o legal),¹⁹ observamos en la gráfica 1 que la institución que durante la década pasada cubrió mayor número de población fue el IMSS, ya que atendió alrededor del 50 por ciento. A pesar de ello, entre 1982 y 1990, el por ciento de población cubierta por dicha institución descendió de 52.1 por ciento a 46.7 por ciento. El ISSSTE, en el mismo periodo, se mantuvo constante de 10.6 por ciento a 10.0 por ciento; por su parte, la Secretaría de Salud elevó su cobertura de 22.3 por ciento a 28.8 por ciento.²⁰

El IMSS-SOLIDARIDAD, anteriormente llamado IMSS-COPLAMAR, registró un descenso importante de 1982 a 1989 de 15.0 por ciento a 10.9

¹⁷ G. Córdoba, "Evolución presupuestal del gasto en salud en la década de los ochenta", en varios *Política sanitaria mexicana en los ochenta*, México, Centro de Estudios en Salud y Política Sanitaria, A. C., Editorial Fin de Siglo, 1990.

¹⁸ V. Soria, "La crisis de la protección social en México. Un análisis de largo plazo con énfasis en el período 1971-1985." en Estela Gutiérrez, *La crisis del Estado de bienestar. Testimonios de la crisis*, México, Siglo XXI, 1988.

¹⁹ Población potencial tal y como lo define el SNS es "... aquel segmento de la población abierta a la cuál puede brindarse atención médica de acuerdo con los recursos humanos y/o materiales disponibles. Representa la capacidad de oferta de servicios" y la población legal "...es el conjunto de personas con derecho a recibir prestaciones en especie o en dinero conforme a lo establecido por la Ley. Este grupo incluye a los asegurados directos o cotizantes, a los pensionados y a los familiares o beneficiarios de ambos". Se denomina población usuaria a la que realmente hace uso de los servicios de salud a los que tienen derecho. (SNS, *Boletín de información estadística*, no. 10, 1990.)

²⁰ C. Valdés, "Políticas de salud en México", *op. cit.*

por ciento, debido en parte a la descentralización, que implicó la transferencia de unidades de este programa a las Secretarías de Salud de los estados descentralizados. En el mismo cuadro se observa que la estimación para 1990 es de 14.5 por ciento de cobertura, lo que probablemente tiene relación con la necesidad de legitimación política, que el gobierno pretende obtener mediante el Programa Nacional Solidaridad (PRONASOL), que se describirá más adelante.

Atendiendo a los datos de cobertura potencial y legal presentados en la gráfica 1, alrededor del 94 por ciento de la población mexicana tiene acceso a algún tipo de servicio de salud. Sin embargo, se han hecho estimaciones en las que se considera que existen por lo menos 20 millones de mexicanos que no tienen acceso a ningún tipo de servicio médico.

Este hecho se puede corroborar de manera indirecta comparando los datos de población legal y potencial cubierta por servicios médicos con los de población usuaria. En la gráfica 1 se observa que alrededor de un 30 por ciento de la población legal y potencial no usa los servicios.²¹

Las razones por las cuales no se usan los servicios son diversas: dificultad geográfica de acceso, recursos crecientemente insuficientes, largas filas de espera, elevación de las cuotas de recuperación y pérdida de calidad de la atención.

Lo que interesa subrayar es que la población no usuaria constituye el mercado potencial para la atención privada.

Programa Nacional de Solidaridad

Este programa fue anunciado en 1988 por el presidente Salinas de Gortari en su discurso de toma de posesión, en medio de una crisis de legitimidad severa. Está dirigido a las zonas de extrema pobreza y es el sustituto de los programas de política social de la etapa del Estado Benefactor. En realidad, sus acciones se dirigen selectivamente a las zonas donde el PRI perdió las elecciones presidenciales de 1988, y se apoya en una intensa y muy impactante campaña de difusión en los medios masivos.

Después de tres años de funcionamiento del programa se vio el resultado positivo en la elección para diputados y senadores de 1991 y sirvió

²¹ *Ibid.*

para que el presidente declarara que el modelo mexicano no era neoliberal sino "liberal social".²²

A partir de junio de 1992 se crea la Secretaría de Desarrollo Social, que institucionaliza el Pronasol. Destaca la designación, como secretario de la misma, del presidente del PRI inmediato anterior. Asimismo, destaca el hecho de que en sus acciones dirigidas a la salud, no cuenta con ningún tipo de vinculación formal con el Sector Salud, a pesar de que para operarlo hace uso de los recursos destinados al sector.

Privatización de la salud

Cabe señalar que la única mención que se hace en los documentos oficiales al Sector Privado de la Atención Médica es la que se refiere a su participación en el SNS. Esto sorprende en relación al cambio de modelo del Estado mexicano regido por la política de privatización que, a nivel de otros sectores como el económico, comunicaciones y educación, se menciona con toda claridad.

Como se analiza más adelante, la política de privatización del sector salud existe pero no forma parte del discurso oficial.²³ Más aún, los directivos del sector han negado sistemáticamente los planes de privatización cuando han sido cuestionados al respecto,²⁴ mientras que representantes del sector privado han venido presionando por la privatización desde hace aproximadamente tres años.²⁵

Es un hecho que hasta la fecha la privatización de los servicios de salud se ha realizado por vía "indirecta", como se analiza a continuación.

²² C. Salinas, "El liberalismo social", discurso durante la ceremonia del 63 Aniversario del PRI, *Perfil de La Jornada*, 5 de marzo, 1992.

²³ Se revisó la colección del Fondo de Cultura Económica. Guillermo Soberón, Jesús Kumate, José Laguna, comp. *La salud en México: testimonios 1988*, tomos I, II, III y IV, vol. I, México, FCE, 1989.

²⁴ Gamboa Patrón (director del IMSS) declaró a la prensa que el Instituto no se privatizará porque es interés del presidente Salinas que sea del pueblo y lo siga sirviendo. *Universal*, México, 8 septiembre 1991. Declaración Semejante el día 21 de febrero de 1991, mientras el Dr. Juan Manuel Sotelo (representante de OPS en México), señaló que es lo inminente la privatización de la atención médica en el continente.

²⁵ P. Martínez, presidente de la Cámara Nacional de Comercio de Chihuahua, manifiesta que es necesario privatizar los servicios médicos ya que la atención que brinda el IMSS no es adecuada. *Sol de México*, 8 de enero de 1991. Declaraciones de J. Brito, en el sentido de descorporativizar al IMSS y permitir un juego libre de mercado para mejorar la productividad, *Financiero*, 15 de junio de 1991.

Formas de privatización

Existen varias formas posibles de proceder a la privatización; para el caso de México nos interesa señalar las siguientes:

Privatización directa

Transferencia directa de las instituciones públicas a la iniciativa privada; proceso que no se da en el caso mexicano porque las instituciones de atención médica del sector público y social cuentan con una infraestructura propia, muy extensa, que históricamente ha constituido uno de los mecanismos de legitimación más importantes del gobierno.

Privatización indirecta

a) Privatización de algunos servicios parciales al interior de las instituciones, como por ejemplo limpieza y lavandería; forma que ya se instrumenta en el IMSS y en el ISSSTE.

b) Subrogación de la atención médica de segundo y tercer nivel a hospitales privados; mecanismo que siempre existió en el país, pero que ha crecido de manera significativa a partir de 1980.

c) Fomento a la iniciativa privada para invertir en la construcción de hospitales, a través de seguros médicos privados, que han aumentado 50 por ciento, según V. Soria.²⁶

d) Privatización de algunos rubros de la seguridad social, que se inició en 1992 mediante el sistema complementario de ahorro para el retiro (SAR) en bancos privatizados, y que describiremos en detalle más adelante.

Estrategias privatizadoras

Como ya se señaló, la privatización se plantea abiertamente en la política económica y no así en la política sanitaria y de seguridad social, donde

²⁶ V. Soria, "Privatización y atención de la salud en México. Tendencias y estrategias," presentado en el *Coloquio internacional: modelos organizativos para América Latina. Lecciones y desafíos*, México, 5-7 de junio de 1991, mimeo, p. 21.

el gobierno ha tenido que diseñar algunas estrategias que justifiquen la privatización, dado que la población mexicana hasta 1980 estaba más o menos satisfecha con la prestación de servicios, sobre todo con los de segundo y tercer nivel. Las instituciones de seguridad social constituían, además, un mecanismo reconocido y respetado para garantizar la justicia social.

Las estrategias diseñadas por el gobierno para contrarrestar a los actores sociales que se oponen a la privatización han sido las siguientes:

- Eliminar del discurso oficial la mención del proceso de privatización y hacerla por la vía de los hechos.

- Tolerar y fomentar el desprestigio de las instituciones públicas y sociales de atención médica, a través de un severo recorte presupuestal y salarial, así como de campañas de difusión masiva.

- Ofrecer pólizas de seguros médicos privados sin costo directo para el trabajador, a algunos sectores de trabajadores del Estado, entre ellos los universitarios, para garantizar la efectiva utilización de la atención médica privada.

Seguros médicos privados

El crecimiento de los seguros médicos privados en nuestro país ha sido muy importante y constituye una de las formas de privatización indirecta de la atención médica.

En un análisis realizado por una empresa de seguros²⁷ se encontraron los siguientes datos:

- Al comparar el primer cuatrimestre de 1992 con el de 1991 se observa un incremento de 119 por ciento en las primas y un 79 por ciento en la siniestralidad cubierta por la aseguradora.

- Los incrementos más importantes, tanto en primas como en siniestros, se registraron en Monterrey, Hermosillo, Ciudad Juárez y Guadalajara, ciudades en las que se reporta 13 241 millones de pesos en primas y 9 300 millones de pesos en siniestros al mes de abril de 1992. Lo anterior significó un incremento del 349 por ciento y 169 por ciento en primas y siniestros respectivamente.

²⁷ Documento de análisis interno y confidencial.

– En particular en la ciudad de Monterrey, el número de primas se cuadruplicó (de 1 859 en abril de 1991 a 7 480 en el mismo mes de 1992); por su parte, en 1991 en Ciudad Juárez y en Reynosa no existían seguros médicos registrados por esta compañía, y para abril de 1992 se registraron 2 968 y 1 473 respectivamente. Aunado a los datos anteriores, el incremento del 250 por ciento de primas por gastos médicos mayores registrado en Hermosillo, expresan una selectividad en la población cubierta, ya que las ciudades mencionadas son polos dinámicos de la economía nacional, donde resulta necesario mantener en buenas condiciones de salud a los empleados. Es también de gran interés el hecho de que los mayores incrementos se ubiquen en ciudades en las cuales la industria maquiladora ha crecido de manera impresionante en la última década.

Dentro del mismo estudio, en el capítulo de medidas recomendadas, es interesante observar las sugerencias en relación al control de renovaciones a empresas de alta siniestralidad, restricción del reconocimiento de antigüedad, suscripción selectiva de riesgos y vigilancia en las renovaciones con base en la experiencia de los asegurados. Sin lugar a dudas, estas medidas están orientadas a limitar cada vez más la cobertura de los seguros, así como a cubrir preferentemente a población de bajo riesgo, lo cual incrementa la rentabilidad del aseguramiento privado.

El espacio cedido a las compañías de seguros, aunado al recorte del gasto presupuestal y el empeoramiento de la calidad en los servicios públicos y sociales, constituyen la garantía para la inversión en hospitales y complejos médicos privados.

Sistema de Ahorro para el Retiro

En febrero de 1992 se aprobaron en la Cámara de Diputados las modificaciones a la Ley del IMSS y del ISSSTE necesarias para el decreto presidencial que crea el SAR afectando a patrones y trabajadores asalariados del país incluyendo a los trabajadores del Estado.

Se considera al SAR como un sistema complementario de ahorro para el retiro, con el fin de aumentar los recursos disponibles de los trabajadores llegado el momento de concluir su periodo productivo. Para lograr esto, se obliga al sector patronal a aportar

mensualmente el importe equivalente al 2 por ciento de sueldo tabulado conforme al puesto y nivel de cada trabajador estableciéndose como límite superior de dicho sueldo tabulado, el equivalente de veinticinco veces el salario mínimo general diario que rija en el D.F. elevado al mes.²⁸

Los patrones entregarán esta suma mensualmente a la institución bancaria que les convenga, acompañándola de la información relativa al número y monto de salario de cada uno de sus trabajadores. La institución de crédito a su vez acreditará el monto correspondiente a cada trabajador a través de una cuenta individual.

El decreto presidencial fue acompañado, días más tarde, por una serie de “reglas”²⁹ establecidas por el Banco de México así como de “lineamientos”³⁰ para la puesta en marcha del SAR dispuestos por la SHCP.

Lo que interesa destacar es que, visto en su conjunto, el SAR logra entregar una fuerte suma de dinero a las instituciones bancarias, (recientemente reprivatizadas y pagadas en promedio a cuatro veces su valor nominal en libros, y por lo tanto ávidas de recuperar el capital invertido en la compra), misma que queda por lo pronto sujeta a créditos a cargo del Gobierno Federal (por lo menos en el caso de los trabajadores al servicio del Estado) y que han de “generar interés a una tasa no inferior al dos por ciento anual pagaderos mensualmente mediante su reinversión en las cuentas respectivas”.³¹

En realidad se trata de un programa que se plantea como “complementario” a las condiciones actuales de jubilación en beneficio de la capacidad económica de los trabajadores, el cual de hecho hasta ahora solo ha implicado la obtención de fuertes sumas de dinero por parte de los bancos, así como el cuantioso incremento de su “clientela”, y una promesa de capital a largo plazo para el retiro de los trabajadores.

Este capital va a generar, por su manejo y tasa de interés muy por debajo del costo porcentual promedio de las tasas de interés bancario (que era para el mes de junio de 1992 del 16.01 por ciento)³² ganancias extraordinarias para las instituciones de crédito.

²⁸ *Diario Oficial*, 27 de marzo de 1992, decreto presidencial, artículo 3o., p. 2.

²⁹ *Diario Oficial*, 4 de mayo de 1992.

³⁰ *Op. cit.*, p. 8.

³¹ *Ibid.*, p. 55.

³² INEGI, *Cuadernos de Información Oportuna*, núm. 232, México, julio de 1992.

A esta situación hay que añadir que en el período de transición entre la puesta en vigor del Decreto (abril de 1992) y la generación de cuentas individuales (a partir de septiembre 1992) los intereses que se generen serán destinados a cubrir los costos de "apertura de cuentas" que las instituciones bancarias cobren.

Además de las razones esgrimidas por el gobierno para justificar la creación del SAR, existen razones no explícitas entre las cuáles están: la tendencia liberal del Estado en el sentido de transferir al sector privado la mayoría de las actividades rentables en términos financieros; estimular a la iniciativa privada para la compra de la banca nacionalizada en 1982 y, por último, la quiebra financiera del IMSS en el ramo de Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte (IVCM).³³

Este sistema guarda una profunda semejanza con el que fue adoptado por el Estado chileno durante el régimen de la dictadura pinochetista, lo que se explica por la asesoría que en esta materia dieron especialistas chilenos, según lo denunció la prensa nacional a lo largo de 1991.³⁴

Ciudadanía y atención médica

No deja de sorprender la poca movilización ciudadana frente a la gravedad de las medidas impuestas, lo que se refleja en un desconcierto generalizado ante la velocidad del proceso de modernización.

Esto se explica por la historia y las características propias de la conciencia ciudadana en México que, al igual que en la mayoría de los países de América Latina, forma parte de lo que se ha denominado ciudadanía incompleta.³⁵

Por otra parte, la historia de la construcción de la conciencia ciudadana en México es resultado de la hegemonía que el Estado ha mantenido sobre la sociedad civil desde la época de la conquista, la cual posteriormente se reforzó por el carácter paternalista adoptado por el Estado en la época moderna.

³³ Catalina Eibenschutz, "¿Modernización o privatización de la seguridad social?", *Página Uno*, 5 enero de 1992.

³⁴ Véase los periódicos *La Jornada* y *El Financiero* de septiembre de 1991.

³⁵ M. Santos, *O espaço do cidadão*, Sao Paulo, Nobel, 1987

La ciudadanía mexicana además de incompleta tiene un carácter sumiso a la vez que explosivo, lo que impide mantener movimientos ciudadanos al margen del gobierno por largo tiempo.³⁶

Es en este contexto que se puede entender que el derecho a la salud no forma parte de la conciencia, sino que la atención médica se percibe como dádiva y no como un derecho laboral o ciudadano. De hecho, la actitud del gobierno en estos años ha consistido en suprimir la gratuidad en la atención médica pública, porque la “población no aprecia el servicio, si no le cuesta”, aunque la cuota sea baja. Sin embargo, hay que señalar que las prestaciones de la seguridad social sí forman parte de la conciencia de los trabajadores, aunque no de la generalidad de los ciudadanos.

Conclusiones

A partir de 1982 México ha cumplido con las orientaciones impuestas por el Fondo Monetario Internacional en el sentido de restringir la ingerencia del Estado en el sector social y productivo, evolucionando hacia un modelo de desarrollo de corte neoliberal.

Este proceso ha impactado de manera significativa el área de la atención médica y de la seguridad social bajando brutalmente los niveles de inversión en estos rubros, conteniendo los salarios y privatizando en forma indirecta ambas funciones.

Esta privatización se liga directamente con el sector financiero a través de la reprivatización de la banca nacionalizada, la creación del Sistema de Ahorro para el Retiro y el fomento a las compañías aseguradoras privadas.

Se reformula la política social a través del PRONASOL para recuperar la legitimidad perdida durante los primeros años de adopción del modelo neoliberal de desarrollo.

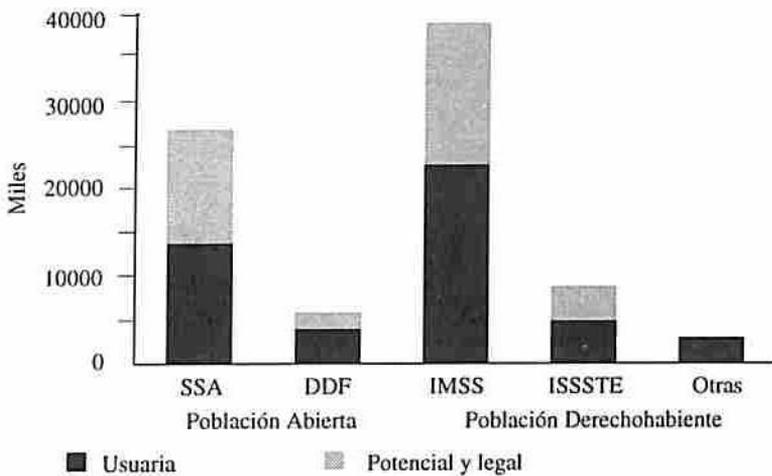
El centralismo y autoritarismo con el cual se han impuesto estas transformaciones a la sociedad en su conjunto, está vinculado directa-

³⁶ Ver por ejemplo Catalina Eibenschutz, “Hegemonía y salud en el Estado mexicano”, *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, México, año XXVII, núm. 106, octubre-diciembre, 1981, pp. 39-66; y Américo Saldivar, *Ideología y política del Estado mexicano (1970-1976)*, México, Siglo XXI (6a. edic.), 1988.

mente con el perfil de la ciudadanía mexicana, que no ha sido capaz de responder activamente a esta sustracción de derechos.

La dificultad en la obtención de información directa respecto a la privatización en el área de la salud, aunado al gran número de intereses que se juegan en este proceso, plantea la necesidad de incentivar la investigación en este campo a partir de fuentes directas que permitan dar a conocer de manera objetiva la situación real y sus consecuencias para el conjunto de la población en el corto y mediano plazo.

Gráfica 1
Población legal, potencial y usuaria de
las instituciones del sistema nacional
de salud 1991



Nota: no se incluye información de IMSS-Solidaridad por no haber proporcionado datos de población usuaria otras incluye PEMEX SDN y SM.
Fuente: Coberturas institucionales