

Regímenes *de* bienestar y políticas sectoriales *en* América Latina

Jorge Arzate Salgado

Manuel Salvador González Villa

Aldo Muñoz Armenta

Coordinadores



Regímenes *de* bienestar y políticas sectoriales *en* América Latina

Jorge Arzate Salgado

Manuel Salvador González Villa

Aldo Muñoz Armenta

Coordinadores



Regímenes de bienestar y políticas sectoriales en América Latina

Primera edición: agosto 2018

ISBN UAEM: 978-607-422-948-6

ISBN EÓN: 978-607-8559-43-5

© Universidad Autónoma del Estado de México
Instituto Literario núm. 100 Ote.
C.P. 50000, Toluca, México
<http://www.uaemex.mx>

© Ediciones y Gráficos Eón, S.A. de C.V.
Av. México-Coyoacán núm. 421
Col. Xoco, Deleg. Benito Juárez
México, D.F., C.P. 03330
Tels.: 56 04 12 04, 56 88 91 12
administracion@edicioneseon.com.mx
www.edicioneseon.com.mx

La presente investigación fue sometida a dictamen en el sistema de pares ciegos externos con dos resultados positivos.

Proyecto realizado con financiamiento de la Secretaría de Educación Pública-Subsecretaría de Educación Superior-Dirección General de Educación Superior Universitaria. Número del convenio con la SEP: 2017-15-001-017.

El contenido de esta publicación es responsabilidad de los autores.

En cumplimiento del Reglamento de Acceso Abierto de la Universidad Autónoma del Estado de México, la versión electrónica de esta obra se pone a disposición del público en el repositorio de la UAEM (<http://ri.uaemex.mx>) para su uso en línea con fines académicos y no de lucro, por lo que se prohíbe la reproducción parcial o total, directa o indirecta del contenido de esta presentación sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito de los editores, en términos de lo así previsto por la Ley Federal del Derecho de Autor y, en su caso, por los tratados internacionales aplicables.

Hecho en México

Índice

- 11** Introducción: La desigualdad: ¿problema de la democracia, del gobierno o de la sociedad?
Aldo Muñoz Armenta y Jorge Arzate Salgado
- Violencia y producción de bienestar**
- 25** Capítulo 1. Las violencias y sus implicaciones para la producción de bienestar social
Francisco Jiménez Bautista
- Política social y regímenes de bienestar**
- 53** Capítulo 2. Política social y régimen de bienestar en los gobiernos bolivarianos. Venezuela 1999-2014
Thais Maingon
- 87** Capítulo 3. El programa de reformas estructurales en México y sus implicaciones para el sistema institucional de bienestar
Jorge Arzate Salgado
- 109** Capítulo 4. La política social y el desarrollo humano: testigo de una modernidad cuestionada
Alejandra Chávez Ramírez, José Guadalupe Vargas Hernández y Miguel Hidalgo Gómez Ramírez
- 151** Capítulo 5. Gasto público de inversión como alternativa al desarrollo social en México durante el siglo XXI
José Luis Martínez Marca y Helios Padilla Zazueta

- 171** Capítulo 6. Alcances del clientelismo y las redes clientelares a nivel local: el caso del municipio de Tecámac, Estado de México
Rosalinda Castro Maravilla

Políticas educativas

- 201** Capítulo 7. Política social y educación en la última década en Argentina: reconocimiento de derechos, institucionalidad y relaciones sociales
Nora Gluz

- 231** Capítulo 8. La formación de profesores para la educación media superior en México
Manuel Lara Caballero

- 253** Capítulo 9. El déficit de la participación social en educación básica, ¿obstaculización burocrática o apatía ciudadana?
Aldo Muñoz Armenta

Políticas de salud

- 275** Capítulo 10. El Sistema de Salud Mexicano "después de la reforma". El mito de la "atención universal"
Norma González González, Laura Elizabeth Benhumea González, Aristeo Santos López y Martha Isabel Ángeles Constantino

- 297** Capítulo 11. Del Seguro Popular en el sexenio de Felipe Calderón (2006-2012)
Manuel Salvador González Villa

Políticas de atención a la juventud y la infancia

- 325** Capítulo 12. Acceso y atención en servicios de salud en adolescentes de escuelas públicas de Nivel Medio y Medio Superior de Nuevo León
David de Jesús Reyes, José Manuel Rangel Esquivel y Alejandro Meza Palmeros
- 349** Capítulo 13. Evaluación de la satisfacción de los programas sociales en México. Un análisis multicausal
Oscar Alfonso Martínez Martínez, Adolfo Rogelio Cogco Calderón y Jorge Alberto Pérez Cruz
- 377** Capítulo 14. Encuentros y desencuentros de las políticas públicas juveniles. El caso del grafiti urbano toluqueño
José Antonio Trejo Sánchez y Jorge Arzate Salgado

Políticas de lucha contra la pobreza y género

- 399** Capítulo 15. La intervención estatal en las necesidades femeninas. Experiencias en dos comunidades productoras de maíces nativos en el centro de México
Mariela Loza Torres, Ivonne Vizcarra Bordi y María Gladys Rivera Herrejón

Capítulo 10

El Sistema de Salud Mexicano “después de la reforma”. El mito de la “atención universal”

*Norma González González**

*Laura Elizabeth Benhumea González**

*Aristeo Santos López**

*Martha Isabel Ángeles Constantino**

Antecedentes

El proceso de reforma y descentralización del sector salud inicia en la región latinoamericana a fines del siglo pasado¹ y, en el caso de México, en la década de los años ochenta (Moreno, s/f), con el antecedente del fin del modelo de sustitución de importaciones que, a partir de 1940, supuso para el país el inicio del proceso de industrialización durante el sexenio de Ávila Camacho,² lo

* Universidad Autónoma del Estado de México.

¹ En México, el proceso de descentralización ocurre en dos momentos. El primero va de 1983 a 1998, cuando solamente 14 de los 31 estados y el Distrito Federal se incorporaron a este proceso. La segunda etapa comprende de 1994 a 1999, finaliza con la firma del estado de Chihuahua del correspondiente acuerdo de descentralización. Este proceso ocupa un papel preponderante al transferir a los estados una serie de responsabilidades en el campo de las políticas públicas de atención en salud, el cual, hasta entonces, derivaba de iniciativas y acciones federales. Cabe destacar que un rasgo importante de la polémica surgida en el seno de este proceso tiene que ver con el hecho de que la adjudicación de responsabilidades en el campo de la atención y provisión de servicios de salud a los estados no estuvo acompañada de la transferencia de recursos financieros y de dirección-operación, mismos que siguieron operando a cargo de la federación.

² El modelo de sustitución de importaciones inicia en México en 1940, durante el sexenio de Ávila Camacho (1940-1946), cuando arranca el proceso de industrialización del país, dando paso al llamado *milagro mexicano* que, a su vez, se caracteriza por el férreo control y regulación de los mercados de importación y exportación, la canalización de subsidios directos e indirectos, el control del tipo de cambio, la fuerte participación del Estado en la economía y el predominio de un Estado paternalista.

que representó el escenario del conocido *milagro mexicano* (Trejo y Andrade, 2013). Por otra parte, la crisis que en los años setenta detona en el denominado “mundo desarrollado”, hace evidente el agotamiento de un modelo económico de acumulación fordista-keynesiano, lo que da paso a una importante reformulación del papel del Estado que trasciende más allá de la esfera económica, esto se relaciona con la política social, en la que tanto la salud como la educación tienen un papel fundamental. En resumen, la descentralización de la educación básica y de la atención primaria en salud son los pilares en los que, en los años ochenta, se monta la reforma de política social en América Latina y a la cual México no fue ajeno.

Así, en el ámbito de la salud se abre un vasto campo de discusión y análisis que enfatiza la ineficiencia de los sistemas de salud surgidos en el periodo de posguerra; sobre todo se insiste en la existencia de enormes rezagos en la materia, vinculados con escenarios de pobreza y de marginación, al tiempo que se reconoce una creciente y diferenciada demanda de servicios, producto de una transición demográfica y epidemiológica que marca un nuevo espectro de padecimientos del desarrollo (Uribe y Abrantes, 2013), que, a nivel tanto de indicadores macroeconómicos como de los impactos y consecuencias en la economía y estructura familiar y comunitaria,³ se suman a las preocupaciones en el terreno de la salud y sus nuevas expresiones ante los escenarios de crisis económica por las que el país atraviesa.

El entonces perfil emergente epidemiológico refiere al complejo término de enfermedades crónico degenerativas: padecimientos cardio y cerebro vasculares, diferentes tipos de cáncer, así como padecimientos de orden metabólico, de entre los cuales tanto la diabetes mellitus tipo 2 como la obesidad mórbida ocupan hoy en día un papel central a la luz de los datos y de las recomendacio-

³ Con diferentes implicaciones al interior del núcleo familiar, según el “lugar” del integrante: hijo(a), madre, padre, abuelos, proveedor, dependiente económico, etc., y, en este sentido, el rol al interior de la estructura familiar como proveedor, dependiente económico, figura de autoridad, motivando una condición de crisis que acaba por romper la estructura familiar. Es decir que el fenómeno de la salud presenta impactos y consecuencias muy importantes no sólo a nivel de indicadores macroeconómicos, sino en el contexto de la economía familiar y de las relaciones que la sostienen.

nes hechas desde organismos internacionales, dadas sus complejas y profundas implicaciones en términos de salud pública. A este ya difícil panorama de la problemática en salud, se suman padecimientos denominados como emergentes, entre los que destacan padecimientos como el VIH/sida, la mutación de virus que ha dado paso a brotes epidémicos como el registrado a escala mundial en el año 2009 por el virus de la gripe A (H1N1), o el caso del Ébola que a principios del 2014 ha reportado importantes afectaciones en África (Suárez y Berdasquera, 2000).

Sin embargo, hay que señalar que hoy en día, en los llamados "países subdesarrollados" o en "vías de desarrollo", la referencia es la convivencia entre padecimientos reconocidos en algún momento como propios de las condiciones de pobreza, conjuntamente con aquellos denominados como complicación del desarrollo. Esto evidencia no sólo el carácter socioeconómico, político y cultural de un fenómeno tan complejo como lo es la salud, sino la incapacidad de los gobiernos por generar un proyecto político administrativo que haga viable la prestación de servicios de calidad y con una cobertura acorde a las necesidades y demandas de las poblaciones de referencia. Sin duda, la crisis económica que sacude al mundo ha causado un importante deterioro de las condiciones de vida de amplios sectores de la población, que por medio de la precarización del empleo (con el documentado impacto negativo a nivel de ingreso salarial) ha reducido su ya limitada capacidad de consumo con una afectación en áreas claramente sensibles como la alimentación, la vivienda, la educación, el saneamiento y la infraestructura medioambiental, así como la misma prestación de servicios de salud (su cobertura y accesibilidad), todos ellos directamente ligados al mantenimiento de condiciones de vida de las que depende la salud de una comunidad, de una población. En el llamado "primer mundo" y también como consecuencia de los procesos de crisis económica por los que atraviesa el mundo occidental, no es de extrañar el resurgimiento de padecimientos que habían dejado de ser un problema de salud pública y que, ante el deterioro de las condiciones de vida, nuevamente se convierten en una preocupación gubernamental y social, la cual reclama recursos financieros, infraestructura sa-

nitaria, programas de atención específicos, así como recursos humanos con la capacidad y formación que la situación actual requiere.

La reforma estructural en salud de la primera década del siglo XXI

En México, con el argumento de la existencia de un sistema de salud incapaz de ofrecer protección financiera a más de la mitad de la población, cuya economía está profundamente afectada ante la presencia de la enfermedad (de manera directa su diagnóstico, atención, tratamiento y recuperación), cobra forma lo que en la primera década del siglo XXI se ha nombrado una reforma estructural en salud (continuación de la reforma iniciada en México en los años ochenta), dando origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual establece nuevas reglas de financiamiento para la atención y provisión de servicios en este campo. Ésta fue la base de la creación y operación del Seguro Popular (SP), mismo que, a partir del año 2004, por lo menos formal y oficialmente ofreció acceso gratuito a un conjunto explícito de servicios médicos (diagnósticos, intervenciones, medicamentos, servicios de laboratorio) para intentar cubrir la atención de esa parte de la población excluida de la seguridad social (González-Rossetti y Bossert, 2000; Frenk *et al.*, 2007) y tradicional y estructuralmente en condición de sub empleo, desempleo, dependencia económica en los extremos de la vida (niños y población mayor de edad sin seguridad social).

Los procesos que conlleva la implementación de la reforma y descentralización en salud se expresan también y de manera muy importante en una redefinición de funciones y atribuciones en el seno de la dinámica institucional, así como en modificaciones y cambios en términos de acciones, actores y procesos financieros que han rehecho ejes políticos, económicos y sociales que articulan la relación entre el Estado y la sociedad. Los documentos oficiales que promueven la reforma se empeñan en establecer un parte aguas que delimite un

escenario en el que se supera la ineficiencia de un sistema que dejaba fuera de los servicios de aseguramiento en salud a la población más pobre del país, lo cual, según el diagnóstico hecho para tal efecto, se traducía no sólo en gastos catastróficos, sino también en un limitado acceso, una mala calidad y un uso ineficiente de recursos.

En este sentido, la fragmentación del sistema de salud mexicano ha estado marcada por una clara separación entre la seguridad social y la asistencia pública en salud, así como por la falta de regulación de los servicios privados de salud en cuanto parte del propio sector, conformándose como una constante del cambio al que alude el proceso de reforma (Knaul, 2013). Mediante el proceso de descentralización se ha pretendido instrumentar un manejo diferente de los recursos y de los programas de salud, hasta entonces centralizados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), al tiempo que, en el campo de la seguridad social, se ha sustituido el sistema de reparto en las pensiones por uno de cuotas individuales; pero sobre todo, se ha favorecido a un escenario que facilita y promueve la participación del sector privado en este complejo y estratégico campo de la política social y el desarrollo económico.

Con la modificación a la ley de salud aprobada en 2003 (y que entra en vigor a partir del primero de enero de 2004), se pretende sentar las bases en torno a la Cobertura Universal en salud. Por lo que, en el marco del Programa Nacional de Salud 2001-2006, en 2004 conjuntamente con la participación de los gobiernos estatales, y en el marco de lo que se denomina la nueva política social, se registra el nacimiento y funcionamiento del Seguro Popular, el cual se define como: "El Seguro Popular forma parte del Sistema de Protección Social en Salud (spss), el cual busca otorgar cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario, para aquellas personas que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que, por lo tanto, no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social" (ssa, 2014a).

Cobertura universal

En el ámbito institucional, el Seguro Popular surge como una propuesta que, por lo menos a modo de programas y de declaraciones oficiales, pretende responder a la necesidad de alcanzar una cobertura universal en el campo de la salud y a una serie de presiones internacionales, relacionadas con una política en salud, acorde a la economía neoliberal.

La atención universal en salud tiene su antecedente más inmediato en la reunión que, en 1978, se realizó en Alma Ata (antigua URSS) y que culmina con la *Declaración de Alma Ata*, en la que se apunta y destaca la necesidad de fortalecer la provisión de servicios de salud en el nivel más básico y donde el trabajo de prevención tiene un papel muy importante, ya que intenta evitar intervenciones médico-sanitarias complejas de mayor costo económico (Gottero, 2012). Así, después de poco más de 30 años y ante el evidente fracaso de la proclamada "Salud para todos en el año 2000", el planteamiento en torno a la universalidad de la salud es retomado pero ahora en un contexto de globalización y neoliberalismo económico,⁴ por lo que las transformaciones en el campo de salud se conforman como afines a valores y estrategias de operación económica, y de una reformulada relación entre el Estado y la sociedad (Osorio, 2012; OMS, 2008), en donde éste ha dejado de realizar ese importante papel como redistribuidor de la riqueza social, cuestionándose su actitud no sólo en la economía, sino en su misma responsabilidad como garante de derechos que hoy en día se hallan en proceso de mercantilización.

Como se ha mencionado, a fines del siglo pasado la crisis de atención en salud que se vive en México y en América Latina favoreció el resurgimiento y la preocupación por la universalidad de la atención en este campo, de tal forma

⁴ Los Objetivos del Milenio (ODM), fijados en el año 2000 en el seno de la ONU, expresan un nuevo interés por alcanzar metas de desarrollo que, en el curso del tiempo y ante la falta de acciones y transformaciones profundas, acaban por reducirse a meros discursos ideológicos sin mayores consecuencias e impactos en el desarrollo social, tal como ocurrió con la Declaración de Alma Ata: Salud para todos en el año 2000.

que se asumen como propios una serie de cambios estructurales, impuestos desde organismos financieros internacionales como el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), cuyo discurso aboga por la eficacia del sector privado frente al sector público. De ese modo, en el marco de un escenario abiertamente neoliberal se defiende el hecho de que la función del gobierno es regular y no provee de servicios, por lo que se infunde la privatización de los mismos y la separación de las funciones de financiamiento y de provisión, así como su descentralización (pretendidamente atada a los principios de democratización por los que, se dice, atraviesan los países de América Latina), de tal forma que la universalidad queda constituida en términos del acceso a un paquete de servicios mínimos que el país define de acuerdo con sus recursos y con los parámetros vigentes de eficiencia y de costos (Laurell y Herrera, 2010; Homedes y Ugalde, 2005).

No es fortuito que en 1993 el Informe anual del Banco Mundial tome por título *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud*, en referencia al posicionamiento de un organismo financiero que a finales de los años noventa (en el caso de América Latina y a decir de documentados trabajos de investigación), se convirtió en la instancia crediticia a la que recurrían los países de la región en busca de apoyo financiero para este importante campo del desarrollo social (BM, 1993; Homedes y Ugalde 2005).

En este sentido, resulta importante destacar que en 2008 la OMS publicó el documento "La atención primaria de la salud. Más necesaria que nunca", lo que representa un apuntalamiento y confirmación de la posición favorable que este organismo internacional mantiene respecto a la política neoliberal en salud. En el documento en cuestión se hace referencia a los principios de la Declaración de Alma Ata (1978), aspecto que resignifica los postulados que actualmente, y en torno a la atención en salud, esgrimen el proceso privatizador.

El manejo mediático de la reforma tuvo el objetivo de mejorar los servicios de salud y de responder a una demanda sanitaria cada vez más compleja y diver-

sificada, con una transición epidemiológica frente a la cual la SSA mantenía una precaria inversión en infraestructura sanitaria en términos de formación de recursos humanos, de disposición de tecnologías diagnósticas, entre otros. Esto fue el escenario sobre el que se desplegó una estrategia de privatización de la salud, acorde con las recomendaciones del Consenso de Washington en 1989, con lo que entonces ya marcaba un derrotero en el papel protagónico asignado al mercado como eje articulador y ordenador no sólo de la economía, sino de la sociedad en su conjunto, sus fenómenos, procesos y relaciones, tal como, para efectos de la discusión que propone este trabajo, corresponde al terreno de la salud.

Seguro Popular

El Seguro Popular se presenta como un seguro de protección social para la población que carece de seguridad laboral. Al cierre de la primera década del presente siglo, la población en estas condiciones comprende entre 50% y 55%. Asimismo, el nacimiento del Seguro Popular fue planteado como la opción para alcanzar la cobertura universal en salud, lo que encara los planteamientos en términos de calidad, accesibilidad y equidad. Sin embargo, aquí hay que hacer varios planteamientos que cuestionan de fondo la viabilidad de este proyecto y su capacidad para combatir lo que hoy en día representa la problemática de salud de nuestro país.

El Seguro Popular funciona a partir de un paquete explícito de intervenciones (cobertura médica del seguro popular) que, a través de su Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), contempla la atención médica de 284 intervenciones del primer y segundo nivel de atención, con una cobertura, según la página de la SSA, de más de 1,500 enfermedades (SSA, 2014b). De igual manera, se señala que el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC) contribuye con recursos económicos para dar cobertura a 58 intervenciones de alta especialidad (ubicadas en el tercer nivel de atención) y que se agrupan en 17 enfermedades (Anexo 1). En el caso de la atención de primer y segundo nivel,

sin embargo, se deja fuera la atención a padecimientos que hoy en día forman parte del perfil epidemiológico del país, como los padecimientos cardio y cerebro vasculares, así como diferentes tipos de cáncer; por ejemplo, las enfermedades cardiacas por isquemia coronaria, mejor conocidos como infartos, los cuales son atendidos sólo en sus expresiones agudas (urgencias), siendo que este tipo de padecimientos se encuentran entre las cinco principales causas de muerte de nuestro país. También se excluyen diferentes tipos de cáncer como el de próstata, el de ovario, la atención a la osteoporosis, entre un amplio abanico de padecimientos que afectan a grandes sectores de la población. De igual forma, es indispensable mencionar que la población de adultos mayores es uno de los sectores más discriminados, puesto que en el catálogo en mención no se contempla el servicio a padecimientos que se presentan y son propios de esta etapa de la vida, que ya de por sí representa una sensible vulnerabilidad por las precarias condiciones en que este proceso tiene lugar en el seno de nuestras sociedades occidentales, donde, desafortunadamente, el concepto de vejez es sinónimo de desecho, de lo inservible, prescindible; de modo que no se reconoce cuál ha sido el criterio que orienta y defiende una propuesta de tal naturaleza.

Por otro lado, y en contraposición a lo expresado inicialmente, se advierte una clara tendencia hacia la (re)centralización de políticas y decisiones, mismas que se relacionan con el abordaje y la operación de programas y que atienden los complejos problemas de salud que aquejan al país. Las secretarías estatales han dejado de tener un control sobre las cuotas de recuperación establecidas para la operación del Seguro Popular, lo cual las debilita, al tiempo que se desvirtúa esa pretensión democratizadora de la atención en salud, cuestionada por la operación de programas verticales que parecen ser el sello de la operación del Seguro Popular.

Al día de hoy es posible hablar de un sistema de salud formalmente constituido a partir del impulso gubernamental y de una serie de presiones de grupos económicos de interés, los cambios, sin embargo, no han logrado superar los problemas de fragmentación, de ineficiencia y de inequidad del sistema de sa-

lud en México, profundizando en las desigualdades que en este terreno predominan al interior de las entidades federativas, así como en las diferencias que se exacerban entre unos y otros estados, en detrimento, desde luego, de aquellos con los más desfavorables indicadores económicos y de desarrollo social.

Las políticas y medidas que han transformado la administración de los servicios de salud no se han traducido en mejores opciones de atención y cuidado para la población en México; por el contrario, el Seguro Popular fragmenta y estratifica cada vez más el sistema de salud. La separación entre administración de fondos y prestación de servicios ha favorecido un proceso de mercantilización con el surgimiento e incursión de nuevos actores económicos que buscan “atender” un mercado con capacidad de pago y ofertando servicios específicos que resultan lucrativos al generar un amplio margen de ganancias: estudios clínicos, atención ambulatoria en el campo de las especialidades y subespecialidades médicas, así como intervenciones quirúrgicas.

284

A su vez, el olvido y la marginación en que se ha mantenido a la atención de la salud al beneficiar la atención médica y farmacológica, ha profundizado el descuido en beneficio de la prevención, por lo que, en la lectura de algunos investigadores especialistas en el tema “la atención en salud se ha vuelto cara e ineficiente a la vez, puesto que no puede evitar la incidencia de enfermedades y, cuando las trata, su costo es mayor que si se hubieran detectado a tiempo” (Gottero, 2012: 371).

En este nuevo modelo de salud, los ciudadanos con derechos se convierten en usuarios, pues hay un claro desplazamiento del derecho a la protección de la salud hacia un concepto de servicio, sujeto al juego de la oferta y de la demanda. A este proceso lo acompaña una estrategia discursiva que legitima el cambio, presentándolo como la única posibilidad de enfrentar la crisis de los llamados sistemas de salud. Hay que apuntar que, en este mismo sentido, tiene una posición determinante lo que los estudiosos llaman “la individualización de la pobreza” (en su caso la criminalización de la pobreza). En el aspecto particular de la salud, además de este proceso que la convierte en una responsabilidad

de cada cual (al margen, desde luego, de las condiciones y de la responsabilidad social), hay una alta tendencia moralista hacia la culpa: se es culpable de lo que pasa a la propia salud por no cuidarla, por fumar, por no comer bien, por tener conductas insanas, entre otras referencias que cotidianamente escuchamos en nuestro entorno y en los medios de comunicación.

El Seguro Popular es una de las expresiones mediáticas más representativas ligadas al proceso de reforma del sector salud; después de 10 años de operación, el resultado es negativo en relación con los argumentos esgrimidos para realizar los "cambios" a los que ha sido sometido el sistema de salud en el país, considerando el rumbo privatizador que toma forma en cada una de las decisiones de orden gubernamental.

Por otro lado, en el escenario macro del desarrollo socioeconómico del país predomina un proceso de deterioro de las condiciones de vida en el que se han registrado bajas tasas de crecimiento (con la puntualización de que hace ya tiempo ha dejado de haber una relación positiva entre crecimiento económico y desarrollo social, de tal forma que al crecimiento económico de un país o región no corresponde necesariamente un favorable comportamiento de los indicadores sociales). Al tiempo, en el caso del empleo, éste se encuentra en una profunda transformación no sólo en términos de su escasez, sino de su precarización con consecuencias claras y directas en las condiciones de vida de amplios sectores de la población. Así, el planteamiento de Beck, en términos de una sociedad de riesgo como expresión del sentido de peligro y vulnerabilidad que atraviesa a la vida y las relaciones humanas, los procesos que le dan origen y significado (Beck, 1998) representan una importante opción para abordar la creciente complejidad de la sociedad y los riesgos que supone, en términos de afectaciones a la salud pública: exposición a radiaciones permanentes como resultado de los avances tecnológicos en telecomunicaciones, grave deterioro medioambiental, consumo de alimentos altamente procesados, producción tecnológica industrial de artículos de uso doméstico y cotidiano, los que han sido gradualmente asumidos como necesarios para la vida. De este modo, el

riesgo que supone el profundo deterioro de las condiciones de vida de amplios sectores de la población condenada a la pobreza y a la marginación en México y en el mundo, con implicaciones directas en términos de la salud colectiva.

Reforma en salud y transparencia en el manejo de recursos públicos

Actualmente, la transparencia y la rendición de cuentas de los actos de gobierno representan los pilares de toda sociedad democrática, en los cuales se expresan los valores en que éstos se sustentan y los efectos que tienen dentro de la propia sociedad. Bajo esta óptica, la observación respecto al desempeño de los programas de gobierno encaminados al desarrollo de las diferentes políticas públicas contenidas en los Planes Nacionales de Desarrollo resulta un tema prioritario, por ser mecanismos a través de los cuales se generan herramientas e información que apoyan la operación de tales programas y, al mismo tiempo, benefician la utilización de los recursos públicos que les son destinados, o al menos, ésa es la pretensión.

Por ello, resulta fundamental realizar supervisiones y evaluaciones a los diversos programas gubernamentales, a fin de mejorar la gestión pública de los mismos, permitiendo medir su eficacia, eficiencia, economía y calidad, lo cual redundaría en la plena observación de la normatividad correspondiente, misma que permitiría fundamentar, realmente, un verdadero sistema de evaluación de desempeño. Dicho desempeño lograría, de igual manera, enfrentar las disposiciones que, en materia de transparencia y rendición de cuentas, existen al ejecutarse la revisión anual de los indicadores de desempeño de los programas para su mejora y actualización, considerando la información derivada del seguimiento y evaluación de su desempeño, acordes con el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación PEF para el ejercicio fiscal que le corresponde (DOF, 2009).

En materia de salud, los diferentes programas gubernamentales, en el ámbito federal, se han realizado a través de dos documentos normativos:

- Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal.
- Acuerdo por el que se Emiten los Lineamientos sobre los Indicadores para Medir los Avances Físicos y Financieros, relacionados con los Recursos Públicos Federales.

A partir de 1998, producto de las reformas al sistema de transferencias, se notaron:

- Lineamientos Generales de Operación para la Entrega de los Recursos del Ramo General 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios.

Este Ramo 33 transfiere recursos del presupuesto a las entidades federativas, los cuales están destinados a la atención de responsabilidades que la federación había trasladado a éstas con anterioridad por la vía de convenios, principalmente en salud y educación, así como responsabilidades que asumieron a partir de las reformas a la Ley de Coordinación Fiscal. De esa manera nos encontramos ante un sistema fiscal intergubernamental, cuyo principal objetivo es fomentar la equidad entre dichas entidades federativas.

No obstante, como lo mencionan Barceinas y Monroy:

Existen algunas inconsistencias respecto de los fondos más importantes del Ramo 33, a saber el Fondo de Aportaciones para la Educación Básica y Normal FAEB y el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud FASSA. La Ley de Coordinación Fiscal es clara en lo que toca a la conformación de los fondos; sin embargo, no se mencionan los criterios de distribución de los recursos, aunque

se debe apuntar que, en términos generales, la transferencia se hace tomando en cuenta el histórico, aunque este hecho no se encuentre expresamente establecido en la ley (Barceinas *et al.*, 2014).

Bajo este esquema hay que destacar que, dentro de la Administración Pública federal, los denominados Programas Anuales de Evaluación (PAE) se han elaborado de manera conjunta por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y la Secretaría de la Función Pública (SFP), que tienen la responsabilidad de observar los lineamientos que se encuentran claramente establecidos en los ordenamientos a los cuales hemos hecho referencia en líneas anteriores, mismos que “son de observancia obligatoria para las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal” (DOF, 2007). Ahora bien, para el caso del denominado Ramo 33 y, acorde con el artículo 49 de la Ley de Coordinación Fiscal, existen instancias que realizarán el control, evaluación y fiscalización en el manejo de los recursos emitidos a través de dicho ramo (DOF, 2013).

288

En el caso de la Secretaría de Salud, su Dirección General de Evaluación de Desempeño (DGED) es la unidad administrativa cuya misión es establecer los procesos de evaluación de los sistemas y servicios y programas de salud como una práctica regular, para así proporcionar herramientas de planeación estratégica y de rendición de cuentas dentro del Sistema Nacional de Salud y, al mismo tiempo, favorecer la conformación de un sistema de salud eficiente y equitativo al que aspiran y tienen derecho los mexicanos, a través de su Dirección de Evaluación de Programas Prioritarios y Especiales de Salud (DEPPES) que se ha desempeñado como la unidad responsable de supervisar la calidad y el cumplimiento normativo de las evaluaciones, así como de coordinarse con el CONEVAL, la SHCP y la SFP para el buen desarrollo en todas las etapas del proceso, como lo es la supervisión y el seguimiento (SSA, 2005a).

La evaluación de los diferentes programas gubernamentales, a partir de este marco jurídico, de cumplirse formalmente, permitiría determinar su conveniencia por medio del logro de sus objetivos y metas, además de su eficiencia, efica-

cia, calidad, resultados, impacto y, sobre todo, sostenibilidad (DOF, 2007). Dicha evaluación ayudaría a establecer el marco de los objetivos específicos del programa junto con las estrategias y prioridades contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo de la Administración en turno.

Desde esta óptica, cada dependencia gubernamental en la cual recaigan los diferentes programas, como el caso de la Secretaría de Salud (SSA), debe ser muy cuidadosa en el cumplimiento de la normatividad y no ser omisa de ejecutar lo establecido en el artículo sexto del capítulo primero, título segundo: "De los objetivos estratégicos e indicadores" de los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal, mismo que comenta: "Las dependencias y entidades deben dar a conocer, a través de sus páginas de Internet, sus objetivos estratégicos y describir la forma en que cada uno de sus programas federales contribuye al logro de dichos objetivos, en los plazos que se determinen en el proceso presupuestario" (DOF, 2007).

En ese sentido, la observación de la normatividad sobre la materia lograría, finalmente, un real y pleno Sistema de Evaluación del Desempeño desarrollado como "el conjunto de elementos metodológicos que permite realizar una valoración objetiva del desempeño de los programas, bajo los principios de verificación del grado de cumplimiento de las metas y objetivos, con base en indicadores estratégicos y de gestión que permiten conocer el impacto social de los programas y proyectos, conforme a lo previsto en el artículo 2, fracción I de la Ley de Presupuesto" (SSA, 2005b).

Ahora bien, el desconocimiento y, por tanto, la falta de seguimiento respecto a los lineamientos bajo los cuales se regula la evaluación de los programas federales y se establecen las disposiciones para la entrega de los recursos, así como la implantación de los indicadores que permiten realizar la evaluación del desempeño de tales recursos, representa una responsabilidad administrativa por parte de la o las entidades que tienen a su cargo la administración de los bienes, bajo los cuales se desempeña el programa en cuestión. Aunado a ello,

y al recordar que los recursos de los que se benefician estos programas provienen del denominado Ramo 33, el propio artículo 49 de la Ley de Coordinación Fiscal establece, por su parte, las sanciones correspondientes por su indebida aplicación: “las responsabilidades administrativas, civiles y penales en que incurran los servidores públicos federales o locales por el manejo o aplicación indebidos de los recursos de los fondos a los que se refiere este capítulo, serán determinadas y sancionadas por las autoridades federales o locales competentes, en los términos de las leyes aplicables” (DOF, 2013).

Expuesto lo anterior, se establece que dicha responsabilidad se ajusta a lo indicado en la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, a partir del principio general de derecho que manifiesta que aquel que causa un daño a otro, debe resarcirlo, por lo que tal obligación de la persona exige reparar el daño en distinta naturaleza y a los sujetos involucrados, ya sea que se trate de una responsabilidad civil o penal, aun cuando la tendencia de la doctrina moderna ha logrado trasladar a la legislación el hecho de que el Estado y sus instituciones deben ser solidariamente responsables por los actos de sus funcionarios. Esto genera que, en el caso del servicio público, la responsabilidad que tienen aquellos que se desempeñan en este campo dé lugar a una forma de responsabilidad única, ya que surge como consecuencia del hacer o no hacer, razón por lo que la responsabilidad de los servidores públicos será siempre motivo de preocupación de toda sociedad democrática y, por tanto, de la naciente democracia mexicana.

Por ello, todos los funcionarios públicos involucrados pueden incurrir en severas faltas que podrían condicionar o poner en riesgo un proyecto que puede ser de vital importancia para el sector salud y, sobre todo, para los grupos sociales a quienes va dirigido. Lo anterior ante la falta de observación de los ordenamientos jurídicos que dan forma, sustento y contenido a los programas sociales, frente a la necesidad de un sistema de fiscalización mucho más simple que permita entender claramente y con mayor precisión sus procedimientos, en pos de un mejor rendimiento de cuentas y, por tanto, de una total transparencia en dichos procesos.

Dónde quedan los derechos humanos

Ante la descripción del panorama político-social con rasgos económicos que ha vivido el sistema de salud mexicano en las últimas décadas, en conjunto con la latente problemática de salud pública que se padece en el país, surge la interrogante respecto al lugar en donde reside el concepto del respeto a las prerrogativas del ser humano, acerca del cuidado y protección de su salud, mismas que están garantizadas en diversos instrumentos internacionales signados y avalados por México.

Sin duda, el discurso político y muchas de las acciones administrativas de los gobiernos han sido encaminados a lograr el objetivo de la atención de la salud en forma universal, eficiente y de calidad; sin embargo, a través del tiempo y tras la evaluación de resultados, los objetivos no se han cumplido. Las cifras, los hechos y las expresiones sociales son la principal evidencia de ello.

Existen algunas posturas al respecto, por lo que haremos énfasis en aquella que sustenta que no se ha logrado brindar la protección de la salud debido a la paradoja de lo que implica garantizarla para el Estado, en contraste con el modelo neoliberal que sustenta el sistema político de este país. Asa Cristina Laurell (2001) asegura que el desarrollo económico y social, así como los avances científicos han creado las condiciones concretas para que el derecho a la salud tenga vigencia, con el objetivo de que sea un propósito alcanzable, por lo que garantizarlo es una decisión política con un importante contenido valorativo y ético.

El sistema de salud en México y las reformas que ha experimentado no han garantizado al ciudadano el cumplimiento del derecho a proteger su salud. Los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad han sido rebasados por falta de estrategias y acciones convenientes (prevención, protección, atención oportuna). De acuerdo con datos de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, en México, durante 2013, dos de cada 10 principales

hechos de violación que se denuncian están vinculados con el derecho a la protección de la salud: 6,063 quejas relacionadas con la omisión de proporcionar atención médica y 3,454 por negligencia médica.

Siguiendo nuevamente a Laurell, coincidimos en que en nuestro país se está implantando una política social sobre dos ejes fundamentales. "El primero es la conversión del mercado en principio organizador del bienestar; lo que significa, entre otras cosas, poner en manos de la iniciativa privada la administración de los fondos sociales y la prestación de los servicios rentables. Su segundo eje es la disminución gradual de la responsabilidad social del estado, para que sólo se haga cargo de proporcionar un mínimo de servicios y beneficios para los comprobadamente pobres". Favoreciendo, en este sentido, a los inversionistas y prestadores privados de servicios de salud, que casualmente se han multiplicado en 45% en la última década.

En este sentido, mientras que la norma jurídica reconoce el derecho a la salud como derecho humano fundamental, tanto el sistema político como el económico, ambos beneficiados por el neoliberalismo, lo rebajan, lo que genera y oculta acciones contrarias a las características intrínsecas y universales del derecho a la salud, lo que supone un debilitamiento de su naturaleza como derecho humano. El cumplimiento del derecho humano a la salud en México aún está pospuesto mientras se afina la estrategia para mejorar el Sistema Nacional de Salud, ya que no es para nada suficiente con la cobertura universal, los hospitales de especialización, los pocos trabajadores de salud en ejercicio ético de su profesión, las contradicciones de los privilegios y sin la vigilancia estricta del derecho internacional y las leyes nacionales.

Conclusiones

El Seguro Popular, lejos de constituir una vía para subsanar los históricos problemas de salud que enfrenta nuestro país, se ha convertido en un obstáculo para la equidad; se trata de una equidad por la que se aboga en documentos

y discursos oficiales, pero para la que no existe correspondencia a nivel de la realidad cotidiana. Enfermos frente a los que el gobierno y la burocracia sanitaria no reconocen responsabilidad alguna, toda vez que los padecimientos en cuestión no están en el catálogo de enfermedades contempladas por el Seguro Popular. Para la población con peores condiciones de vida son cotidianos los procesos de deterioro en términos económicos y emocionales, puesto que para enfrentar la enfermedad son obligados a deshacerse de su ya precario patrimonio en la búsqueda de una atención sanitaria privada, generalmente voraz, carente de principios y cualquier signo de ética. La aspiración de la ganancia económica no reconoce ningún tipo de principios, de ahí la importancia social de las acciones gubernamentales.

Asimismo, es importante tener en cuenta que el mismo trámite para registrarse en el Seguro Popular (que determina la posibilidad de recibir atención como parte del programa) se ha mediado por un principio burocrático que violenta el derecho a la atención ante una situación de vulnerabilidad, como aquella que se enfrenta a la enfermedad.

A pesar de las variadas reformas que se han hecho al Sistema de Salud en México, éstas han tendido al mejoramiento parcial de su funcionamiento y poco han impactado en el cumplimiento cabal de derecho a la salud del que gozan todos los seres humanos. Ello perdurará mientras el modelo económico dominante privilegie los intereses económicos sobre el bienestar social.

Referencias

- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud*. Washington: Banco Mundial.
- Barceinas J., Marcelo, C. y Monroy Luna, R. (2014). *Origen y funcionamiento del Ramo 33*. México. Recuperado de <http://www.e-local.gob.mx/work/resources/SPC/analisis_sintetico_ramo33.pdf> (consultado el 28 de abril de 2014).

Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Paidós: España.

Comisión Nacional de Derechos Humanos (2013). *Agenda Nacional de Derechos Humanos*. México: CNDH.

Diario Oficial (2007). *Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal*. México: Secretaría de la Función Pública/Secretaría de Hacienda y Crédito Público/Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

Diario Oficial de la Federación (2009). *Acuerdo por el que se Emiten los Lineamientos sobre los Indicadores para medir los Avances Físicos y Financieros relacionados con los Recursos Públicos Federales*. México: Consejo Nacional de Armonización Contable.

Diario Oficial de la Federación (2013). *Ley de Coordinación Fiscal*. México.

González-Rossetti, A. y Bossert, T. J. (2000). *Mejorando la factibilidad política de la Reforma en salud: Un análisis comparativo de Chile, Colombia y México*. Estados Unidos: Escuela de Salud Pública de Harvard/ Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos.

Frenk, J. et al. (2007). "Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México", *Salud Pública de México*, XLIX, 1, 23-36.

Gottero, L. (2012). "Atención primaria de la salud. Continuidades neoliberales en la asistencia centrada en la persona", *Revista de Ciencias de la Salud*, x (3), 369-385.

Homedes, N. y Ugalde, A. (2005). "Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso", *Revista Panamericana de Salud Pública*, xvii(3), 210-220.

Knaul, F. M. et al. (2013). "Hacia la cobertura Universal en salud: protección social para todos en México", *Salud Pública de México*, LV (2), 207-219.

Laurell, A. C. y Herrera, R. J. (2010). "La segunda reforma de salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios", *Revista Salud Colectiva*, vi (2), 137-148.

Laurell, A. C. (2001). "Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social. Cómo garantizar y ampliar sus conquistas históricas". México: Planeta.

Moreno, J. (s/f). *La descentralización del gasto en salud en México: una revisión de sus criterios de asignación*. México: CIDE.

- Organización Mundial de la salud (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de la salud más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS.
- Osorio, J. (2012). *Estado, biopoder, exclusión. Análisis desde la lógica del capital*. México: Antrhopos/UAM-X.
- Secretaría de Salud (2005a). *Evaluaciones de los Programas*. México. Recuperado de <http://portal.salud.gob.mx/codigos/columnas/evaluacion_programas/evaluacion.html> (consultado el 18 de diciembre de 2013).
- Secretaría de Salud (2005b). *Rendición de Cuentas en Salud*. México. Recuperado de <<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/rcs.html>> (consultado el 18 de diciembre de 2013).
- Secretaría de Salud (2014a). *Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Seguro Popular*. Recuperado de <<http://www.seguro-popular.salud.gob.mx>> (consultado el 13 de mayo de 2014).
- Secretaría de Salud (2014b). *Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Seguro Popular. Cobertura Médica*. Recuperado de <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=275&Itemid=291> (consultado el 13 de mayo de 2014).
- Suárez Larreinaga, C. L. y Berdasquera Corcho, D. (2000). "Enfermedades emergentes y re emergentes: factores causales y vigilancia", *Revista Cubana Medicina Genérica Integral*, XVI (6).
- Trejo Ramírez, M. y Andrade Robles, A. (2013). "Evolución y desarrollo de las reformas estructurales en México (1982-2012)", *El Cotidiano*. 37-44.
- Uribe Gómez, M. y Abrantes Pego, R. (2013). "Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?", *Revista Perfiles Latinoamericanos*, 135-162.
- Wacquant, L. (2009). *Castigar a los pobres. El gobierno neoliberal de la inseguridad social*. Barcelona: Editorial Gedisa.