



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISIÓN CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DOCTORADO EN CIENCIAS DE SALUD COLECTIVA**

**Tesis para obtener
El grado de
Doctor en Ciencias en Salud Colectiva.**

**Análisis del discurso de las propuestas gubernamental
para reformar el Sector Salud de México (2012 - 2018).**

POR: MTRO. JORGE ULISES BLÁSQUEZ MARTÍNEZ.

DIRECTORA: DRA. CAROLINA TETELBOIN HENRION.

Febrero 2020

Contenido

INTRODUCCIÓN	4
Apartado I. El problema de investigación	7
Capítulo I. Antecedentes:	7
1983 - 1995 inicio de la transición neoliberal en el sistema de salud.	13
1995 - 2000 De la crisis de la pobreza a los cimientos para reformar el sector salud.....	17
2003 - 2012 Segmentación de la Secretaría de Salud, reformas en marcha.	19
Capítulo II. Contexto del periodo de análisis.	26
Capítulo III. Planteamiento del problema:	33
Capítulo IV.....	40
IV. I. Objetivo General:.....	40
IV. II. Objetivos Particulares:	40
IV.III. Supuesto analítico o hipótesis:	40
Capítulo V. Marco Teórico.	41
Capítulo VI: Metodología de la investigación	48
Capítulo VII. Operacionalización	56
Capítulo VIII. Fundamentos de la reforma en Salud.....	59
Apartado II: Resultados.....	61
Capítulo IX. Propuestas y discursos en campaña 2012.....	66
Capítulo X. Propuesta y discursos de Enrique Peña Nieto (Presidente)	69
Capítulo XI. Análisis de la Secretaria de Hacienda y Crédito Público (2014-2016)	73
XII. Secretaria de Salud	77
XII.I 2014 – 2015 Mercedes Juan López	77
XII.II 2016 José Narro Robles	85
Capítulo XIII Instituto Mexicano del Seguro Social.....	92
XIII.I José Antonio González Anaya (2014 2015).....	92
XIII.II. Mikel Arriola 2016	96
Capítulo XIV. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.....	100
XIV.I Sebastián Lerdo de Tejada (2014 – 2015)	101
XIV.II Luis Antonio Godina (2015).....	104
XIV.III José Reyes Baeza Terrazas (2015 – 2016).....	106
Capítulo XV. Seguro Popular.....	110

Gabriel O’Shea Cuevas (2014 – 2016).....	110
Capítulo XVI. Poder Legislativo (2014 – 2016).....	113
Capítulo XVII. Comisión Nacional de Derechos Humanos.....	115
Capítulo XVIII. Discusión	117
Apartado III. Conclusiones	137
Capítulo XIX. Principales resultados.....	137
Bibliografía:	143

INTRODUCCIÓN

La presente investigación nace de la inquietud de conocer que características tienen las reformas en desarrollo al sector salud en México, un tema sumamente relevante porque en la experiencia de América Latina desde fines del siglo XX se han experimentado varios proyectos de reforma a los Sistemas de Salud y de Protección de la Seguridad Social. Esos intentos de reformas y sus resultados, han generado tensiones y confrontaciones en diversas sociedades y entre sus sectores sociales. Desde el punto de vista político y académico, se han vuelto los ojos a la salud como una arena en debate y disputa, en torno al papel que le corresponde al Estado en este campo y la función de la salud, ya sea como parte fundamental de reproducción social o de participación en el modelo de acumulación del sistema económico. Estos modelos contradictorios en disputa, suponen también una apreciación sobre la concepción de universalización, donde se retoma como mecanismo discursivo el concepto de “protección social en salud” que se asimila a la idea de seguro individual público o privado, frente a un sistema de salud universal con financiamiento público y de derecho.

Las características socioeconómicas y de los procesos políticos de América Latina –en general y México en particular-, han favorecido el proceso de implementación de las reformas neoliberales, esencialmente hablamos de sociedades dependientes, polarizadas, con fuertes cambios demográficos, la presencia de grupos oligárquicos ligados al gran capital y una estructura de Estado providente que fincaron una política social para basar su legitimidad hasta la década de los ochenta.

A partir de la década de los ochenta el Estado de Bienestar en América Latina empieza a desmontarse en una lógica de mercado, Chile -podría decirse- es el primer país de América Latina que recibe esta embestida, y en un sentido del cual se desprendieron varias lecciones tanto en la resistencia y los movimientos sociales. El caso de México ha sido particularmente importante el nivel de resistencia a un embate más fuerte de las políticas neoliberales que han, frenando su implementación o la han matizado dando un margen para resistir los procesos de avance del gran capital.

En México se han planteado las reformas como una construcción histórica, es decir cada gobierno ha ido abonando algo en el desmantelamiento del Estado de Bienestar. Primero fue

la desarticulación de los sistemas pensionarios de los sistemas de seguridad social, primero del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) y luego en el Instituto de Seguridad Social para los trabajadores del Estado (ISSSTE), con lo que se transitó de un sistema de reparto solidario a uno de capitalización individual, desfinanciando y desintegralizando sus prestaciones; más tarde el sistema de salud pública –aunque estuviese fragmentado- que dotaba de una prestación cuasi gratuita a la mayoría de la población mexicana, desfinanciando al sistema de salud público y generando las primeras distorsiones y exclusiones en el mismo. En paralelo se fue articulando una silenciosa privatización de los servicios educativos; se terminó con las políticas sociales universales para dar paso a las transferencias focalizadas y replantear un modelo de política social basada en el mercado.

Esta investigación se realizó desde la perspectiva de la Salud Colectiva Latinoamericana, que se nutre del pensamiento de las ciencias sociales críticas para pensar los procesos sociales generales y particulares actuales de salud en el contexto social vigente. Respecto de la metodología utilizada fue fundamentalmente cualitativa.

La preocupación fundamental del trabajo trata de identificar las propuestas y los momentos de desarrollo de las transformaciones del sistema de salud y sus etapas durante el periodo de Peña Nieto, dividido en tres periodos: el primero de pre-campaña caracterizado por la oferta de un sistema universal de salud; el segundo, por las propuestas de la Dra. Mercedes Juan a cargo de la Secretaría de Salud; finalmente el tercero, por las escasas propuestas en los discursos pero sí la acción proactiva del Dr. Narro, nuevo Secretario de Salud, que como decisión gubernamental se plantea fortalecer y articular las instituciones existentes.

El proceso de investigación supuso varias dificultades entre ellas, la propia construcción metodológica, en este punto se tuvo que partir de una premisa central desarrollar los elementos teóricos que consideramos convenientes para esta investigación desde una esfera de análisis del discurso, tomando una postura que sostenemos fue la necesaria y adecuada a la comprensión del tema que estábamos desarrollando y sus alcances analíticos; posteriormente los temas de acceso a las fuentes de información, aunque en lo general se dispuso de documentos oficiales, extraoficiales, y otros documentos de producción académica y/o de organismos internacionales sobre el tema. La propuesta de los documentos fue central en la recolección de los datos, porque esto nos dio el enmarque suficiente para

seguir avanzando en materia de recolección de la información y en el tratamiento que se dio en momentos posteriores para poder hacer un análisis crítico del mismo.

Enseguida elaboramos una propuesta de análisis crítico del discurso, desde el cual posicionamos la perspectiva teórica y a la forma de estudio de los cambios que se proponen aplicar al sector salud, a la vez que hacemos una propuesta de análisis documental para fichas de trabajo, presentaciones, notas periodísticas, entrevistas, entre otros.

Nuestras principales conclusiones de esta investigación, es la imposibilidad de llevar a cabo una reforma en el sector salud durante el periodo de análisis que cubrimos, esto fundamentalmente por dos motivos; el gobierno de Peña Nieto desde el inicio tuvo una crisis de legitimidad, con movimientos sociales fuertes y resistentes ante la imposición de una agenda regresiva contra la población mexicana y una segunda por la complejidad que requiere una reforma de esta envergadura en términos reales.

Esta tesis parte de hacer una clara limitación de los resultados y sus alcances; primero esta investigación aborda a quienes fueron servidores públicos en el sector salud durante el sexenio de Enrique Peña Nieto y excluye de manera importante cualquier otro tipo de actor; la razón de esta forma de análisis parte del hecho que nuestra manera de acercarnos al tema era solamente con estos actores y no teníamos interés en avanzar hacia otro lado. Segundo los procesos de recolección y análisis de la información, así como una realidad operativa no permitía -ni permite- realmente abarcar más de lo presentado. Tercero podemos decir que esta investigación aporta desde el análisis del discurso una forma de comprender el sector salud y su complejidad de reforma, así como presenta una problemática real todos los actores que llegan a tomar decisiones en el sector tienen sus propios juegos intereses por lo que difícilmente convergen en un solo modelo de atención a la salud, eso se ve con claridad a lo largo de este documento.

Partiendo de ello consideramos que lo aquí expuesto aporta una visión que tienen bastante relevancia desde la esfera de la salud colectiva.

Apartado I. El problema de investigación

Capítulo I. Antecedentes:

Caracterizar los procesos de transformación de la política social y la salud en México no es nada sencillo, primero porque debe entenderse un antes y un después en la conformación de las políticas públicas que se han ejecutado en el país para resolver los problemas públicos y sociales enmarcados en dos grandes etapas, la primera llamado Estado de Bienestar restringido¹, que podemos ubicar desde la década de los cuarentas hasta inicios de la década de los ochentas.

Podemos caracterizar el estado de bienestar mexicano en una lógica de legitimación del régimen político y del sistema económico que se había desarrollado en el marco del denominado modelo sustitución de exportaciones. El Estado de Bienestar en México se caracterizó por la universalización de la educación básica (primaria y secundaria), acceso de las clases medias a la educación media superior y superior como mecanismo de movilidad social y ruptura con la clase social de precedencia. La seguridad social tuvo un importante, aunque estratificado grado de cobertura y segmentación entre la población asegurada del sector privado² y público. En salud se dio una mayor cobertura a los trabajadores públicos y privados formales y sus familias afiliadas a las instituciones de seguridad social; los trabajadores informales o en desempleo eran atendidos por la Secretaría de Salud, al principio sin costo y formalmente con acceso a todas las prestaciones, más tarde se incorporan cuotas de recuperación.

Sustentamos, entonces, que una de las características del Estado de Bienestar latinoamericano es que las “instituciones emergen segmentadas producto de la diferenciación estructural de la sociedad. Esto explica que, aunque no logran en conjunto resolver la carencia de satisfactores básicos, se avanza socialmente, junto al desarrollo científico y tecnológico,

¹ Para Viviane Branche (2001) el término es un *pacto de dominación*, basado esencialmente en la cooptación de los grupos posrevolucionarios con acceso a servicios públicos similares a los de un Estado de Bienestar.

² El sector privado empieza a cobrar relevancia hasta la década de los ochenta en su acceso y penetración de cobertura, aunque tenía presencia desde antes. “A partir de 1983 las instituciones públicas de salud y seguridad social se empezaron a erosionar por varias vías. Este proceso hizo madurar las condiciones necesarias para viabilizar institucional, social y políticamente las reformas ya que conducía al desfinanciamiento y deterioro de las instituciones públicas, así como a la consolidación del sector privado” (Laurell:1997:25).

en la construcción de instituciones y derechos, así como en la resolución de importantes retos sanitarios” (Tetelboin: 2007:55).

En ese orden de ideas consideramos según la perspectiva de Brachet, el tipo de régimen político posterior a la revolución y previo a la llegada al poder el grupo de la doctrina neoliberal, se basa en tres rasgos esenciales; la cultura política, el clientelismo y la rivalidad entre las élites. El primero propiciado por el partido oficial, llevando el aparato del Estado a una mayor apertura de presiones y sugerencias de las bases. El segundo como un canal estructural que da curso a las negociaciones, creando agiotistas del poder, capaces, de ejercer suficiente presión para obtener beneficios limitados para sus clientes (así como para sí mismos). El tercero como una competencia de las élites del poder dentro de la familia revolucionaria como una apertura a las demandas populares por parte de la estructura del poder (Brachet: 2001).

Por tanto, ubicamos en el Estado de Bienestar mexicano la capacidad de crear instituciones que son todavía hasta hoy pilares en la atención de la salud y la política social del país. A continuación, presentamos como ha sido el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) a partir de su creación hasta el momento de la tesis:

El SNS está basado en dos subsectores de carácter público. Por una parte, un subsector integrado por las instituciones de salud creadas en el marco del sistema de seguridad social, como son el IMSS, el ISSSTE, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) –que brinda servicios de atención médica integral a los militares de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y de la Secretaría de Marina (SEMAR)– y los servicios médicos de los trabajadores de Pemex. Por otra parte, un subsector para la protección social de la salud coordinado por la SS, que integra los Sistemas Estatales de Salud (SESA) y en el que se incluye al SPSS (Seguro Popular). Asimismo, dentro de los dos subsectores públicos existen segmentaciones adicionales.

Este sistema incluye a cuatro principales instituciones proveedoras de servicios de salud que reciben recursos de la hacienda pública y contribuciones obrero-patronales para financiar el gasto en salud y seguridad social. Dichas instituciones atienden las necesidades de salud de los trabajadores que desempeñan sus actividades laborales de manera formal.

El IMSS atiende a los trabajadores formales que se desempeñan en el sector productivo privado, a los jubilados que hayan cotizado en el Seguro Social y a los familiares de ambos tipos de derechohabientes.

El ISSSTE es la principal institución que financia y provee de servicios de salud a los trabajadores y pensionados del sector público, incluidos sus familiares derechohabientes. La dependencia da cobertura a los empleados de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, de los órganos autónomos,

del Distrito Federal y a aquellos que laboran para las entidades federativas que hayan establecido un convenio con la institución.

El ISSFAM otorga el derecho al servicio médico integral a los trabajadores de la SEDENA y la Semar que se encuentren en activo y retirados, y a sus familiares en línea directa.

La Gerencia de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos ofrece el servicio médico integral a los trabajadores de la entidad paraestatal, los retirados y sus derechohabientes.

Las instituciones de seguridad social, a diferencia de las que integran el subsector para la protección de la salud, se financian con contribuciones sociales tripartitas (trabajador, empleador y gobierno) y proveen a su población derechohabiente respectiva servicios sanitarios de manera directa en sus establecimientos y con personal propios. Aunque se establecen convenios con otras instituciones, esencialmente públicas, pero en algunas ocasiones también privadas, la provisión indirecta de servicios subrogados es excepcional y la institución que paga casi siempre funge como proveedor siguiendo una estructura vertical y segmentada. Los servicios médicos ofrecidos por las instituciones de la seguridad social presentan diferencias en calidad y amplitud de cobertura. Los beneficios sanitarios del IMSS y del ISSSTE suelen ser mayores a los ofrecidos a la población abierta por el sistema de protección en salud, aunque menores a los de los otros esquemas, como el de Pemex, que en algunos casos incluye una prima de seguro de gastos médicos mayores (Martínez y Murayama: 2016: 46 y 47).

Adicionalmente crearon una serie de sujetos políticos que a lo largo de las décadas posteriores tuvieron la fuerza suficiente para lograr que las reformas de la política social y del sector salud no hayan sido frontales o de un solo golpe, sino como una serie de cambios legales menores que posteriormente se tienen que reformar.

Esto abre la siguiente etapa de Estado Neoliberal en la conformación del sector salud enmarcado en la política social que es la etapa de las reformas y que antes de la década de los noventas se denominaban de ajuste estructural. Sin embargo, parten de una característica común que deviene de un modelo económico particular que se designa como neoliberal o de mercado³. Podemos caracterizar que el modelo mexicano de mercado es uno coordinado por los grandes conglomerados empresariales (similar a lo que sucede en países como Japón o Corea), sustentado en que son actores fácticos que esencialmente buscan incidir en el diseño de las políticas públicas nacionales para obtener en el largo, mediano o corto plazo ventajas económicas y competitivas, sin arriesgar de manera importante el capital inicialmente

³ En el caso de Ilán Bizberg, reconoce “que no existe un único modelo de ideal de capitalismo, sino tipos de capitalismo: a) El que está basado plenamente en el mercado (Estados Unidos y Gran Bretaña); b) Uno coordinado por los actores sociales (Alemania); C) Otro marcado por la coordinación del Estado – Mercado (Francia); d) El mercado coordinado por los grandes conglomerados empresariales (Japón – Corea). (Bizberg: 2015:473).

ofrecido o adquiriendo monopolios gubernamentales para seguir sosteniendo el mismo esquema con un leve mejora en su calidad.

Las características del Estado Neoliberal las presenta de manera muy clara Laurell en una ponencia dada en Argentina que retomamos en este documento por ser necesaria para precisar las diferencias entre el Estado de Bienestar mexicano y su transición a un Estado Neoliberal.

Las características de este son las de un Estado liberal extremo, particularmente en el ámbito social. Se distingue por carecer de políticas de empleo y de protección del ingreso que ambos se someten al libre juego de las fuerzas del mercado mediante la Reforma Laboral. Esta, bajo la presión del desempleo en la crisis y en menor grado del avance tecnológico, destruye la contratación colectiva y los sindicatos y legaliza la flexibilización del trabajo y tercerización de la producción de bienes y servicios. En la otra dimensión de la política social –producción y acceso a los bienes y servicios sociales— se lleva al extremo la promoción, incluso usando subsidios estatales, de la producción y administración privada de los servicios y beneficios sociales. Esto requiere y se complementa con la reducción de los servicios y beneficios sociales públicos bajo el esquema de combate a la pobreza (Laurell:2009: SP).

Podemos sustentar que las reformas neoliberales que se llevaron a cabo se caracterizan por:

- a) tener un eje estructurado donde naturalizan un discurso hegemónico de los efectos negativos del estado de bienestar en materia económica;
- b) por insistir en la necesidad de focalizar los apoyos sociales para grupos mayoritarios, los llamados pobres o en extrema pobreza excluidos del mercado y
- c) la necesidad de tener claros los costos y los beneficios de los servicios públicos frente al mercado.

Ideológicamente podemos decir que el contexto neoliberal del mercado, se corresponde con un proyecto neoconservador de estado en donde se toma la idea de que la intervención estatal en el desarrollo, el bienestar social, la justicia o la igualdad, sofocan la libertad individual; para que esta se realice está el mercado, por tanto, para que el mercado funcione hay que eliminar toda intervención que lo distorsione (Lechner: 2013).

En el caso mexicano el proceso ha estado lleno de fisuras, aunque ha logrado mantener una lógica estructural que ha permitido el desarrollo por etapas -en su entramado político y económico- de la transformación de las políticas sociales -particularmente la de salud-. Las reformas en materia de política social y en especial de la salud han sido determinadas como construcciones por etapas, que permiten un análisis de las reformas en diferentes periodos; asumimos que las propuestas para modificar el modelo y las políticas de Protección Social ocurren bajo modelos centralistas –con un enfoque en el discurso federalista- con

pretensiones de universalidad, pero que en el fondo es un modelo de lógica liberal que delega funciones al mercado constituyendo su característica y eje central de este momento (Filguiera: 1998). Bajo una lógica de desmantelamiento del estado de bienestar se transita a un Estado de Mercado, utilizando un discurso de derechos que se desvanecen en la implementación de las políticas públicas creadas en este marco.

Partimos de las premisas de que en la raíz de la desigualdad -en México- están las reglas que subyacen al ejercicio del poder y a la distribución del excedente económico, y que el Estado es el principal agente que hace respetar estas reglas en su territorio. Además, también tenemos que abandonar la noción común de que la desigualdad es algo monolítico e inamovible y reconsiderarla como una multiplicidad de normatividades y prescripciones aplicables a distintas arenas, en las cuales los actores sociales luchan por negociar, contrarrestar o burlar estas reglas y, en ese proceso, transformarlas. (Brachet: 2010: 194 y 195).

Es decir, el periodo de ajuste económico con la imposición de las reformas neoliberales constituye un nuevo Estado tráfuga de sus responsabilidades en la conducción de una política social por el bien común a una política social de individuos que no pueden actuar como un solo actor sino como múltiples actores para poder coaccionar su capacidad de lucha e incidencia política.

En este sentido marcamos el primer periodo a partir de 1983, el inicio de esta serie de reformas como la base del cambio en la política social de México; porque las condiciones políticas, económicas y sociales permitieron la primera serie de cambios de gran calado en el sector social y particularmente la salud. Es el momento de la constitución de nuevos actores sociales con un peso determinado y fuerza política suficientemente grande para este impulso, adicionalmente surgen las figuras políticas del sector que todavía rigen hasta antes del cambio de gobierno de 2018 estas políticas sociales en el marco de las políticas públicas, y probablemente todavía sigan presentes.

Planteamos una segunda etapa a mediados de los noventa, momento en que se logra por completo la descentralización de los servicios públicos de salud y se instauran los cambios más relevantes en el tema de la capitalización de los servicios de salud que significa....

Concluimos la caracterización de los antecedentes de este trabajo con un tercer periodo que se da entre el año 2003 (aprobación de la tercera reforma al sector salud) hasta el año 2012 (previo a la elección de Enrique Peña Nieto como presidente).

Siguiendo estas etapas y los postulados de Murayama podemos decir que el problema de investigación surge desde el momento donde.

La iniciativa de reforma social y hacendaria presentada por el ejecutivo al Congreso de la Unión en septiembre de 2013 se planteó la necesidad de fortalecer la capacidad financiera del Estado, con progresividad y simplificación del sistema impositivo, para que el Estado tenga la capacidad de cumplir con sus obligaciones de desarrollo, entre ellas, la de proveer servicios de salud con cobertura universal. Se planteó que el derecho a la protección de la salud requiere de vincularse con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad de los derechos humanos. Sin embargo, ni las propuestas de modificación a la Ley General de Salud, ni las iniciativas de reforma a la Ley del Seguro Social plantean las modificaciones concretas en este sentido. (Murayama: 2016: 89).

La investigación que planteamos en este documento parte de las siguientes premisas fundamentales para poder comprender, delimitar y encuadrar alcances que tendrá la misma. Primero partimos de querer comprender a los actores gubernamentales exclusivamente a los que ocupan un cargo público, además se agrega al Poder Legislativo y la Comisión Nacional de Derechos Humanos, seleccionamos a estos actores por ser los que han tenido un juego en la arena de las decisiones gubernamentales de México con algún grado de poder y con discursos claramente identificables en distintos documentos públicos (noticieros, foros, notas informativas, etc.). Segundo determinamos limitar el tomar en consideración a los actores facticos como; empresas farmacéuticas, organismos internacionales, actores que no tienen realmente un peso en la toma de decisiones dentro del Congreso de la Unión y a las universidades, en relación con el tema hacemos una aclaración importante en su limitación, el interés de este trabajo muestra exclusivamente actores gubernamentales. Podríamos enunciar entonces nuestra investigación como un análisis de los actores gubernamentales del sector salud en el sexenio de Enrique Peña Nieto en el periodo 2013 a 2016. Exceptuando algunos elementos de la campaña donde retomamos ideas de Enrique Peña Nieto por ser de interés en la concepción del sistema de salud y la visión que se tenía antes de ser gobierno y siendo gobierno.

1983 - 1995 inicio de la transición neoliberal en el sistema de salud.

Entre 1982 – 1988 México transita en dos sentidos el primero de orden netamente económico buscando subsanar un déficit público elevado con una marcada presencia del Estado en la economía; a un modelo marcado por desincorporar el mayor número de empresas estatales al sector privado y al pago de una deuda pública basada en recortes en las áreas no consideradas estratégicas. En la vía de las políticas sociales se modifica la ruta, pasando de políticas basadas en el Estado de Bienestar de corte universal, transitamos a las políticas focalizadas y de recorte a las áreas sociales de manera constante.

En 1983 el entonces secretario de salud Guillermo Soberón Acevedo hace una modificación al Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, este cambio no es menor. Primero se reconoce al *acceso a la salud* como un derecho que va a garantizar el Estado Mexicano. El punto podría concebirse en el lado positivo como un reconocimiento del Estado a garantizar el derecho a la salud. Sin embargo, aquí se sentaron las bases para crear una fragmentación mayor al sistema de salud en México. Primero porque se basa en la idea de descentralizar el sistema de salud, dando una personalidad a las entidades federativas tanto financiera como jurídica lo que las obligaba a delinear políticas de salud con altos grados de autonomía y no necesariamente con un eje de coordinación. Segundo porque establecía los modelos de acceso a la salud a través de las formas que estableciera el gobierno en turno, lo que limitaba de manera clara la posibilidad de hablar de un derecho a la salud. El trabajo de formulación de un sistema de salud con altos niveles de descentralización tuvo una serie de obstáculos técnicos – operativos en su implementación, quedando como el momento más relevante del periodo 1982 – 1988 la reforma constitucional.

Entre 1988 – 1994, la lógica del secretario de salud Jesús Kumate⁴ fue en el área de prevención de la salud con la campaña de vacunación universal y la entrega de buena parte de medicamentos de manera gratuita, podríamos decir que este periodo tuvo una visión más del Estado de Bienestar salvo por la presencia de los organismos internacionales que van a presionar por recortes presupuestarios importantes en el rubro de la salud, y la presentación

⁴ En una entrevista entre Jaime Sepúlveda y German Fajardo, podemos encontrar las diferencias fundamentales entre el periodo de Guillermo Soberón y Jesús Kumate: “En la administración del licenciado Miguel de la Madrid, la descentralización fue un programa central y prioritario. El maestro Soberón logró echar a andar la descentralización, pero no llegó a más porque el entonces director del IMSS (Ricardo García Sáinz) se opuso de manera tajante al proceso. A pesar de todo el apoyo del presidente De la Madrid y con toda la fuerza que traía Soberón (...), solamente se llegaron a descentralizar 14 estados. El maestro Kumate no llegó al puesto de secretario con la misma fuerza política con la que había llegado Soberón.” (Fajardo: 2018: 55).

en 1990 del documento *invertir en salud* por parte del Banco Mundial (BM) que va a generar una presencia marcada de la lógica económica por encima de la lógica social en este punto la presencia de los organismos supranacionales como el Banco Mundial (BM), Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), OCDE, entre otros que prescriben la necesidad de implementar un agresivo programa de reducción del Estado, centralmente las áreas que componen el Estado de Bienestar e imponen una nueva lógica gerencial de la administración pública.⁵

Para 1994 – 1995 la lógica de cambios en la administración pública se ha puesto en marcha, los procesos de descentralización en los ámbitos de la educación y la salud son un hecho, la desarticulación de las políticas universales se han establecido de manera importante y se ha dado paso a la cimentación de las políticas sociales focalizadas y limitadas a un ejercicio de reducción constante del presupuesto. La descentralización en el sector salud va tener consecuencias e impactos importantes primero porque la lógica de acceso al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), supone la atención de un grupo específico de la población con una condición laboral particular; segundo ambos institutos no van a tener mayor posibilidad de aumentar su cobertura sin fallar en la calidad de los servicios que prestan a los usuarios por los constantes recortes presupuestarios que tienen. Por su parte el acceso a la salud por parte de las secretarías de salud estatales se verá sumamente afectada por no tener claridad en los padrones de beneficiarios. Podemos decir que se establece una primera restricción al acceso a la salud en función de que cada entidad va a responder a lógicas diferentes, podemos encontrar sistemas estatales con capacidad para atender a su población, en contraste entidades federativas sumamente rebasadas por la realidad de las necesidades de atención. En este periodo de 1994 a 1995, la descentralización es de un grado de profundidad que tenemos dos situaciones remarcables un aumento en el gasto de bolsillo para la población en general y una crisis en el sector de orden programada -es decir- la lógica de crear un

⁵Sobre el estudio de la administración pública y la conceptualización de la nueva gestión pública existen una gran cantidad de estudios, que no es el interés presentarlos en este espacio, más allá de explicitar la concepción de la administración pública más cercana a la implementación de estas reformas. Se emplea el término de management público como un intento por definir una “nueva intersección” que afirma que la gestión pública comparte muchas cosas con la gestión privada y que, al mismo tiempo, tiene un contenido único (Carrillo: 2004: 52).

mercado para la salud viene acompañada de presentar como una carga para el Estado el sistema de salud y la mejor manera de aprovecharlo es que ingrese con todo el sector privado.

Podemos sostener que este periodo fue, la combinación perfecta de esta proposición es expandir el mercado mediante la re-mercantilización de los servicios sociales y resolver la cuestión de la legitimidad mediante los programas de pobreza. Así, al tiempo que la población latinoamericana ha sufrido un proceso de empobrecimiento sin precedente, como el resultado de los programas de ajuste y la privatización de los servicios sociales, proliferan los programas selectivos de pobreza, fondos de compensación y de inversión social (Laurell: 1994). Obviamente sin dar una garantía real de que estos programas funcionen, de alguna manera de la efectiva de estos programas, ya que son insuficientes ante la demanda de necesidades que representa este periodo de empobrecimiento de la población en su conjunto. Este periodo marca el nacimiento de un actor institucional que será fundamental en las siguientes etapas del desarrollo *reformador* del sector salud Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD⁶), cuya entrada desde mediados de la década de los ochenta será un motor en la construcción de propuestas, traducción de propuestas internacionales y actores políticos con la fuerza necesaria para impulsar la reforma del sector salud, que esencialmente se caracteriza por conjugar los intereses del sector privado con la creación de cuerpos políticos especializados en el tema de reforma al sector público y privado de salud mexicano, cabe hacer un señalamiento de FUNSALUD, que es el evidente conflicto de interés al coexistir tanto en el ámbito privado como público.

Otro elemento distintivo es que en este periodo se marca un proceso de ruptura en el sindicalismo mexicano especialmente con una base gremial que hasta antes de esta fecha tenía una indiscutible solidez como lo fue el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), y que a finales de la década de los ochenta e inicios de la década de los noventa se da un proceso de ruptura a su interior por la captación de su cúpula sindical por el Estado, en torno a la privatización de las pensiones. Especialmente el momento de

⁶ Abrantes y Almeida ubican esencialmente la creación de FUNSALUD, “en respuesta al contexto de cambio político y médico epidemiológico que emergió a partir del gobierno del presidente de la Madrid (1982–88), un grupo de médicos-sanitaristas, algunos vinculados al Partido Revolucionario Institucional (PRI) y otros que se decían independientes, propuso una “Nueva Salud Pública,” en oposición a las concepciones en práctica tanto en las instituciones formadoras de recursos humanos para el sector, como en las de asistencia. Dicho grupo encabezó simultáneamente la creación de una organización estratégica, la Fundación Mexicana para la Salud—Funsalud (1985).” (Abrantes y Almeida: 2002: 2).

confrontación está expresado entre personajes como el dirigente Punzo Gaona y Sáenz Garza, ex director del IMSS, y actor clave en la oposición a la implementación de las reformas neoliberales que se intentan llevar a cabo en este periodo, creando las bases para una resistencia institucional que se mantiene en vigente hasta hoy (Osorio: 2004).

Laurell, define este periodo de la siguiente forma:

El nuevo esquema financiero se ha aplicado tal como señala la Ley, pero la reorganización institucional no ha seguido el diseño prescrito. Las razones que explican esta situación son de diferentes órdenes. En primer lugar, no deben subestimarse las dificultades implícitas en des- y rearticular una institución del tamaño y complejidad del IMSS. Simultáneamente ha existido una resistencia prolongada, activa y pasiva, de los trabajadores del IMSS en contra del desmantelamiento del Instituto (Laurell: 2008: 81).

En éste primer periodo se subdivide en dos. El primero marcado por el claro proceso de injerencia de los organismos multinacionales en los temas económicos, políticos y de élites del poder mexicano -adicionalmente en el caso de la salud, la creación de actores y figuras claves que se manifestaran en los periodos siguientes.

1995 - 2000 De la crisis de la pobreza a los cimientos para reformar el sector salud.

En esta segunda etapa se inicia con tres fases extraordinariamente marcadas que no sólo reconfiguran el sector salud, sino también desarticulan del Estado de Bienestar en México en su entramado institucional, político, económico y de servicios; crean las nuevas políticas públicas focalizadas de corte neoliberal pero también mantiene un corporativismo intrínseco entre beneficiarios y el Estado como un mecanismo de dominación vigente, negando el acceso a los derechos ciudadanos.

Podemos sostener que este periodo se caracteriza como la etapa más importante de la implementación de las políticas de ajuste estructural que fueron dictadas por organismos multinacionales, que ajustaron a las necesidades de un nuevo modelo de acumulación capitalista, atacando ideológicamente al estado benefactor y las políticas sociales universales como populistas, burocráticas e ineficientes (Laurell: 1999). Para configurar esta serie de políticas se requería de un cambio en el Estado monolítico mexicano⁷ y en su representatividad, ya que como sostiene Ugalde, “la democracia liberal es el sistema político perfecto para el capitalismo tardío: el componente liberal legitima la acumulación de capital y el democrático proporciona el apoyo al sistema político a través de algún tipo de participación popular y alguna igualdad de resultados” (Ugalde: 39: 2006).

Para sustentar los cambios al modelo de política social y salud tenemos que poner en consideración las siguientes fases:

- a) La primera fase la podemos denominar el proceso de la descentralización de los servicios de salud (en este sentido hablamos de la Secretaría de Salud) con la entrega de las instalaciones a las entidades federativas bajo supuestos de una mejora en la gestión técnica – financiera y una creciente idea de tener mejores condiciones de acceso a la salud.

⁷ Cabe destacar que el periodo del año 2000 se dio la alternancia en el poder al acceder el Partido Acción Nacional (PAN) al mismo, derrotando al Partido Revolucionario Institucional (PRI), algo que ha sido un punto histórico en la legitimidad electoral.

Adicionalmente empieza un proceso que durará menos de una década para desarticular la acción y peso político de la Secretaría de Salud, su viraje a convertirse en un ente de normatividad se entrelaza con una serie de modificaciones al actuar institucional más cercano a una instancia de normatividad del mercado.

Podríamos resumir estos dos procesos en la siguiente idea de Frenk:

El asunto más importante hace referencia tanto a la definición de un principio de elegibilidad para la población, como a los acuerdos institucionales que definen qué agencias gubernamentales estarán involucradas en la atención médica, la distribución de las funciones entre el gobierno central y local, la combinación pública/privada, el grado y la forma de involucramiento de la población, los vínculos con los productores de los recursos y la naturaleza de la acción intersectorial. (Frenk: 1997: 378).

- b) La segunda gran etapa de este entramado de reformas se estructura en el desmantelamiento de la seguridad social y su financiamiento, particularmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

La etapa del financiamiento es la extracción de los recursos monetarios por parte de las pensiones, creándose una figura privada para administrar estos recursos en el mercado, las Asociaciones de Fondos del Retiro (AFORES), que significa una merma sin precedentes a los ingresos del IMSS configurando una crisis real en las finanzas del instituto que se tradujo en una atención carenciada a los usuarios y falta constante de material.

Se argumentó para realizar esta serie de cambios el siguiente discurso.

La situación financiera del IMSS, aunada a los cambios demográficos del país debido a una creciente participación de la población en edad avanzada, a un aumento en la esperanza de vida y una reducción en la tasa de fertilidad, hicieron imprescindible un cambio en el sistema de pensiones que garantizará viabilidad financiera, al mismo tiempo que permitirá la utilización de los recursos previsionales como ahorro interno disponible para la inversión productiva y generación de empleos. Donde los participantes reciben su jubilación el producto de sus aportaciones. (Solís: 1997: 181 y 182).

En este sentido la creación de las AFORES es parte de una lógica mercantil que permite el uso de recursos destinados al financiamiento de la seguridad social a su uso con fines de desarrollo económico comprometiendo los recursos para pensiones solidarias a los vaivenes del mercado creando condiciones nuevas que marcaran la lógica del IMSS. También se

modificaron los esquemas de financiamiento en la cuota obrero – patronal que dio un peso mayor a las contribuciones obreras y redujo considerablemente las patronales.

En resumen, este periodo se caracteriza esencialmente por un proceso de fuertes cambios institucionales, una reconfiguración de las instituciones de seguridad social, de la política social y evidentemente de las instituciones de salud.

Podemos señalar que este periodo cimienta las bases de lo que Laurell llama; “la convergencia de los servicios de salud (...), donde esta convergencia no significaría la integración de los servicios públicos en un sistema único de salud, sino que apunta a establecer los costos de las intervenciones que eventualmente formarían el paquete básico y prepararían el terreno de los seguros complementarios” (Laurell: 2012: 289).

2003 - 2012 Segmentación de la Secretaría de Salud, reformas en marcha.

El Partido Acción Nacional (PAN) accede al poder en el año 2000, destacando que este partido está orientado por una lógica empresarial, conservadora y con cuadros técnicos formados en la iniciativa privada y cuerpos tecnocráticos que venían sirviendo con el PRI desde la década de los ochenta, ligados a los grupos con presencia en organismos multinacionales. Sus políticas públicas (2000 – 2012), fueron mucho más enérgicas en imponer el modelo de reformas neoliberales, promoviendo a los grupos tecnocráticos ligados a los organismos multinacionales como son el BM, FMI o el BID para la construcción de un Estado a modo para la continuación de las fases siguientes a reformar.

Podemos observar que el tema de salud y seguridad social serán un referente de confrontación al interior de los grupos formados tecnocráticamente, siendo sus principales exponentes Santiago Levy, director del IMSS en este periodo y Julio Frenk secretario de salud federal, del primero extraemos parte de su idea sobre salud y seguridad social. Levy sostiene que se debe aspirar a una universalización de la salud dentro de un contexto más amplio de la universalización de la seguridad social como conceptos complementarios. Y no solamente como un aumento de la cobertura sin tomar en cuenta a la seguridad social (Levy: 2011).

Por su parte Frenk, Secretario de Salud de Fox, sostenía en relación al Seguro Popular en creación que “Este seguro⁸ garantiza el acceso, sin desembolso en el momento de utilización, a un paquete con una amplia gama de intervenciones, ambulatorias y hospitalarias, y los medicamentos correspondientes. De esta manera elimina las barreras financieras que dificultaban la atención integral de su salud a un alto porcentaje de la población y disminuye sus gastos de bolsillo, que con frecuencia le producían desembolsos catastróficos y/o empobrecedores” (Frenk: 2006: 9).

Cabe señalar que la propuesta de Frenk fue la que se privilegió durante este sexenio y el siguiente siendo los de mayor expansión del llamado *Seguro Popular*, en detrimento de los institutos de seguridad social, misma que Levy criticó en diferentes artículos.

En este contexto se fundaron dos elementos nodales para comprender la lógica de la salud y la política social. El sistema de salud mexicano termina por tener un proceso de desintegración total al ser creado el denominado *Seguro Popular* con la creación de una instancia gubernamental denominada Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPPS), con cuya construcción se pasó de un sistema de salud universal con cobertura amplia, a un sistema de protección de salud desintegrado con profundas desigualdades entre cada una de las regiones que integran el país, y una consecuente descapitalización del sector. Adicionalmente se generó un mayor gasto burocrático en su operación lo que ha limitado poder tener recursos mucho más frescos para el sector y para la atención en salud.

Una forma de explicación de la distribución de los recursos en materia de coordinación fiscal lo explica claramente Laurell sobre el financiamiento legal y real del Seguro Popular:

El financiamiento del SNPSS está reglamentado por la LGS (Ley General de Salud, 2004: artículo 77 bis, incisos 11-28). El gobierno federal sostiene que su modelo de financiamiento es equivalente al modelo tripartito del seguro social pero los “contribuyentes” son el gobierno federal, las entidades federativas en sustitución del patrón y las familias en sustitución del trabajador. las principales aportaciones al SNPSS son las federales que se erogan regularmente aunque no alcancen las cantidades legalmente establecidas, como se verá. la LGS establece dos aportaciones federales, la cuota Social (CS) y la aportación Solidaria Federal (ASF). hasta 2009 la CS por familia afiliada era del 15% del salario mínimo del distrito Federal (SMDF), ajustado trimestralmente por el Índice nacional de precios al consumidor (INPC). a partir de 2010 se individualizó la CS y a cada persona afiliada le corresponde el 3,92% de un SMDF, actualizado anualmente por el INPC (LGS artículo 77 bis 12). la nueva regla repercute en los montos del ASF y en la aportación Solidaria Estatal (ASE) ya que sus montos están

⁸ Cabe destacar que una de las referencias es a la población que carece de acceso a la seguridad social IMSS e ISSSTE principalmente.

fijadas en 1,5 y 0,5 veces de la CS respectivamente. la prima familiar se fija sobre la base del ingreso familiar, establecido con un cuestionario y el tabulador correspondiente. Este procedimiento no se modificó a raíz del cambio en el cálculo de la CS, o sea se cotiza por familia. Es de notar que la afiliación sigue siendo familiar, aun cuando la asignación financiera sea individual. Sin embargo, las nuevas reglas se traducen en un decremento de los recursos transferidos a las entidades federativas (Laurell: 2015: 84).

Por su parte el agente institucional que era la Secretaría de Salud en el marco de la separación de funciones se le reasignan nuevas como el papel regulador y se le quitan otras como la prestación de servicios, quedando completamente desligada de la atención al público en general; también se transita a un nuevo ente financiero que es el propio Seguro Popular, un seguro público que se configura como una institución de peso con el poder de los recursos financieros para de una manera general coaccionar a las entidades federativas a tener los recursos financieros a través de su adhesión al seguro popular, lo que ha generado muchas críticas en cuanto al actuar y respeto al federalismo que se supone que busca el proceso de descentralización que se asemejan más a uno de privatización del sector. A partir de estas condiciones podemos atraer algunas ideas que son realmente relevantes la primera es la concepción que nos ofrece Collins para comprender que los procesos de reformas son en el fondo un proceso de privatización con una forma particular de descentralización: transferencia de funciones del gobierno a instituciones no gubernamentales; donde los gobiernos otorgan la responsabilidad de producir bienes y servicios a organizaciones privadas. Lo cual en los términos de Collins involucra la transferencia de autoridad, funciones, y/o recursos del centro a la periferia dentro un sector específico. Podemos hablar que el último periodo de reforma fuerte ha sido la creación del denominado *Seguro Popular*, fue un proceso de acelerar y disfrazar la privatización del sector salud, en la construcción de este andamiaje gubernamental que es una atención especializada vía paquetes de salud (olvidando la integralidad de la persona) que en el fondo es un seguro de gastos médicos a la semejanza de los que se ofrecen en el sector privado, esto quiere decir un proceso acelerado de entrega de los recursos a los privados como ha sugerido Collins (Collins:1994).

En síntesis, podemos afirmar que “para 2003, la Ley General de Salud se modifica con la adición de un capítulo sobre la creación del Sistema de Protección Social en Salud, que fortalece la concepción minimalista de la garantía de derechos y restringe el derecho constitucional a la protección de la salud. Este cambio legal, introduce un nuevo esquema

para proteger la salud mediante la contratación voluntaria de un seguro (subsidiado) que cubre un paquete de servicios básicos” (López y Blanco: 2007: 39).

En relación con las dos instancias de seguridad social más relevantes IMSS e ISSSTE, donde ambos han sufrido el embate de la fuga del capital de las pensiones y las cuotas de aseguramiento, seguido de una argumentación en la lógica de la falta de recursos financieros e ineficiencia, en la lógica de mantener un proceso de descapitalización constante de los recursos financieros y generar proceso de privatización y subrogación en las áreas que son más rentables.

Para visualizar el tema del IMSS retomamos la siguiente reflexión de Asa Cristina Laurell que explica de manera contundente los cambios que se llevaron a cabo:

Veamos. En la vieja ley las aportaciones obrero-patronales eran un porcentaje sobre el salario. Este esquema tenía una orientación razonablemente solidaria ya que, a mayor ingreso, el monto de la contribución era mayor. Ciertamente en un esquema plenamente solidario el porcentaje sobre el salario debería incrementarse de modo progresivo. La nueva ley transita justamente en el sentido contrario: establece una contribución fija igual por cada trabajador, independientemente de su nivel salarial, y una pequeña sobretasa de 1.1 por ciento sobre la parte del salario que sobrepasa tres salarios mínimos. El argumento para justificar este cambio fue que es “equitativo” al hacerse un “pago igual por servicios iguales”. Este cambio regresivo en términos de distribución del ingreso favorece, particularmente, a la gran empresa y perjudica a la pequeña empresa. De manera simultánea se estableció una cuota fija por trabajador como aportación del gobierno federal cuya contribución pasó aproximadamente de 5 por ciento del total de los recursos del Seguro de Enfermedades y Maternidad a alrededor de 30 por ciento. Además se fijó una cuota de 1.5 por ciento sobre el salario base de los trabajadores activos para los servicios médicos de los pensionados debido a que el sistema afore - siefore sólo administraría los fondos de pensiones sin responsabilizarse de los servicios médicos para este grupo y sus familiares (Laurell: 2008: 76 y 77).

Como podemos observar el proceso de desfinanciamiento del IMSS, fue una de las estrategias más pensadas y trazadas en su ejecución adicionalmente contempló un proceso de desinversión en materia de infraestructura, en virtud de que la misma se estaba llevando a cabo con los recursos que se obtenían de las cuotas de una manera progresiva es decir el costo de la cuota asociado al sueldo real y no a un financiamiento de cuota única con beneficio a quienes tienen mayores ingresos.

En el caso del ISSSTE⁹ ha sido mucho mayor su transformación en 2007 se produce el cambio de la ley de pensiones, cambio estructural que evidenció la lógica de desmantelamiento del estado de bienestar mexicano¹⁰ y clarificó las tensiones sociales y políticas que se dan para llevar a cabo estas serie de reformas, creando una AFORE “para que maneje e invirtiera los recursos en áreas estratégicas, como la petroquímica, el gas natural y la electricidad” (Guillén y Melo: 2009: 102). Podemos suponer lógicamente que se mantiene una política de descapitalización al ISSSTE con la lógica de una reforma que se ha evidenciado por sus malos resultados en el IMSS, para la población en general.

En el caso del ISSSTE Ulloa y Alonso encuentran con nitidez hacia dónde van dirigido los cambios al instituto:

La directrices que establece la nueva ley del ISSSTE para la operación del seguro de salud, refieren a la implantación de un modelo de “competencia administrada” por el financiamiento que abrirá las puertas a: a) la competencia interna y externa entre las unidades prestadoras de servicios de salud, tanto por los derechohabientes (“clientes”) como por el financiamiento (cuotas y aportaciones); b) la generación de mercados; c) libre elección por parte de los derechohabientes de las unidades prestadoras, para que la demanda “siga a la oferta” y no viceversa; d) la competencia interna dentro del Instituto, entre unidades prestadoras y entre trabajadores de la salud de cada unidad prestadora de servicios de salud (Ulloa y Alonso: 2007: 35).

Podemos decir que en este punto la reforma se va fraguando por etapas -como las señaladas en estos apartados- para poder concluirse con una macro reforma constitucional, es decir la transformación por la vía de los institutos de seguridad que pueda abrir la puerta a los cambios del Artículo 123 y concluir con el Artículo 4 como manera de llegar una verdadera reforma de alcance constitucional que finalice el proyecto iniciado en 1983.

En este sentido cabe mencionar, que la idea de reestructurar el Artículo 123 de la Constitución mexicana abre la puerta a la lógica de mercantilización de la salud, en el marco del pluralismo estructurado, es decir se dan los cimientos técnico – legales para pasar a la lógica de mercado de una competencia regulada en la cual los prestadores públicos y privados

⁹Cabe mencionar que el común denominador de esta reforma para todos los partidos políticos en el Congreso (Diputados y Senadores) eran tres puntos: “a) La grave crisis financiera y estructural que desde hacía tiempo enfrentaba el instituto; b) la necesidad de una reforma que pasaba por el Congreso de la Unión, convirtiendo a sus integrantes en actores clave del proceso; c) la certidumbre de que los cambios propuestos eran perfectibles” (Guillén y Melo: 99: 2009).

¹⁰Cabe destacar que al finalizar la reforma se estableció un sistema de pensiones y prestación de servicios homologados a las condiciones de la reforma del IMSS de la década de los noventa.

van a competir, pero realmente en condiciones desventajosas para el sector público, que tendrá adicionalmente cargas financieras derivadas de la baja inversión en salud y el pago de pensiones y jubilaciones, en este punto se vuelve central que la reforma del IMSS y del ISSSTE van siendo marcadas por lógicas del mercantilismo.

Cabe señalar que el momento histórico de esta reforma se da en 2007, el año donde se busca legitimar el gobierno de Felipe Calderón que inicia una *guerra contra el narcotráfico* y donde se dan cambios sustanciales en las relaciones político – partidistas en el marco de un clima de enrarecimiento político derivado de la polémica elección del 2006; su primera reforma sigue la lógica de desmantelamiento del sector salud.

En este sentido la reforma se topa con la resistencia de los sindicatos, incluidos los oficiales, que buscan la manera de frenar esta serie de cambios en la materia de estado de bienestar y acceso equitativo a los recursos, además de garantizar mejores servicios de salud, y de la manera poco clara de exclusión de algunos tratamientos en materia de salud.

Es necesario destacar que esta etapa de reformas será también un proceso de negociación y neo cooptación de los intereses sindicales, en los cuales los gobiernos emanados del PAN mantuvieron de manera constante las formas de cooptación y negociación del PRI. En términos de Brachet que nos plantea conceptualmente el pacto de dominación, marca el régimen presidencialista mexicano considerado más incluyente en el sentido de que tiene una cultura política flexible; elementos clientelares y rivalidad entre las élites políticas (Brachet:2001); así podemos afirmar que estamos ante la continuación del pacto de dominación, aunque con otras vías de acceso y control se mantiene la base necesaria del pacto de dominación que mantiene y reproduce el ambiente de concertación política entre las figuras de la élite del poder, con una selección de reformas probables susceptibles de aprobación como mecanismo de control de nuevos movimientos sociales en contra del Estado.

Complementando esta idea podemos decir que la lógica presidencialista de Enrique Peña Nieto, se basa en grandes modelos de control político clientelar que le permiten mantener y hacer una política basada en componendas y negociaciones de cooptación cupular que mantiene un control hacia dentro de la élite política y basa un fuerza hacia la mayoría de la

población con el uso autoritario de la fuerza pública, constituyendo una lógica de favores al régimen para evitar entrar en confrontación con el mismo.

Capítulo II. Contexto del periodo de análisis.

El Estado mexicano tiene al menos las siguientes características: 1) el grupo de poder político se encuentra presente en cualquiera de las fuerzas políticas particularmente podemos identificar dos polos en tensión, un grupo que creció políticamente bajo la ideología del nacionalismo revolucionario y un grupo que pertenece al modelo de desarrollo económico neoliberal o de la globalización que marcan su punto de interés en los elementos económicos como base de respuesta a los problemas públicos; estos dos grupos de poder se disputan la arena del poder político y la configuración de un gobierno con proyectos que son más o menos similares pero con un énfasis diferenciado en la resolución de problemas sociales y en cuanto a las capacidades y dimensiones que debe tener el Estado para atenderlos. 2) Las capacidades institucionales de negociación de ambos grupos se encuentra representada en actores sociales (sindicatos, filiaciones políticas, organizaciones de la sociedad civil y ciertos movimientos sociales) que por diferentes medios interpelan e intentan acceder al control del poder político como llave de acceso al Estado, particularmente de estos dos grupos podemos recalcar que no existe posicionamientos marcadamente de izquierda y derecha política, son más bien matices de dos etapas que constituyeron a México (nacionalismo revolucionario – post nacionalismo revolucionario). En sentido estricto se ha limitado a tres opciones¹¹ políticas el acceso a dirigir o incidir en la conducción del Estado mexicano por un lado el PRI (Partido Revolucionario Institucional), PAN (Partido Acción Nacional) y PRD¹² (Partido de la Revolución Democrática). En este sentido podemos asumir que el Estado mexicano¹³ en realidad ha logrado mantener los niveles mínimos de cohesión social a pesar de las crisis de gobernabilidad en las cuales se ha visto envuelto. 3) Las capacidades de negociación de los partidos políticos siempre están basadas en acuerdos cupulares que son los límites entre lo formal e informal de gobernabilidad y capacidad de gobierno desde el poder ejecutivo, una mala concertación política cupular significa limitar la gobernabilidad y capacidad del

¹¹ No se olvidan a los partidos intermedios o pequeños pero estos tres partidos desde la década de los noventas son los que dominan el espectro de acceso al poder político.

¹² Si bien para términos generales el PRD se asume como un partido de izquierda, en esta investigación partimos de que es un partido con tintes de izquierda, pero mucho más en el corte de la ideología del nacionalismo revolucionario.

¹³ En este caso se aclara que nos referimos al acceso al poder ejecutivo y legislativo. Sin olvidar los ejecutivos estatales.

gobierno en turno, así como su proyecto de Estado. 4) Consecuentemente el Estado se integra por un grupo de personas heterogéneas que tienen intereses particulares para incidir en la conformación de una agenda de gobierno y que utilizan su capacidad de actuación para incidir más o menos con fuerza para la ejecución de determinadas políticas públicas que permiten la configuración de un proyecto de Estado, mismo que no se termina o agota si no que tiene continuidades históricas.

Partiendo de entender la articulación política como un nuevo proceso para constituir una reforma en donde el viejo presidencialismo vertical y autoritario desapareció a través de un proceso de cambio que fortaleció e independizó a otros poderes e instituciones. Aquel presidente con amplias facultades constitucionales, legales y metaconstitucionales, fruto de una organización política donde era cúspide, árbitro supremo y poder casi omnímodo, no existe más... (Woldenberg: 2006). En México estamos en un sistema presidencial (bastante joven, ya que desde la alternancia en 1997 esto se volvió realidad, anteriormente el poder hegemónico de un solo partido hacia de esto letra muerta). Para Woldenberg una manera de gobernar esta etapa de un presidencialismo acotado es “tener un gobierno capaz de contar con un apoyo mayoritario en el Congreso, lo cual eventualmente se puede lograr con un acuerdo general, estableciendo con claridad y de manera pública los principales compromisos y reformas, y acordando la composición de un gabinete bipartidista si es necesario” (Woldenberg: 46: 2006). Sin embargo, podemos señalar que la etapa de pluralidad política y controles es de reciente apertura ya que anteriormente la figura presidencial se basaba en las facultades metaconstitucionales que ejercía el presidente y su partido único en el poder (Espíndola: 2004).

En la administración de Peña Nieto la configuramos en etapas; las mismas comprenden los siguientes criterios; su inicio como presidente de la República en enero de 2013, la configuración de las políticas públicas - gabinete que elige y las alianzas políticas; concluyendo con el 2014 en adelante la etapa post reformas estructurales, esto nos permite dar un contexto de cómo se fue trazando su gobierno y el juego que tuvo la salud en el mismo.

La elección del año 2012¹⁴ cumple con los criterios más elementales de legalidad y legitimidad que le exigen y permiten configurar un gobierno de coalición de facto denominado Pacto por México.

La primera etapa es el periodo comprendido entre enero de 2013 hasta agosto de 2014, considerada la etapa de legitimidad ganada y probada de la administración de Enrique Peña Nieto, que le permite en un sentido estricto tener tres elementos necesarios en un ejercicio gubernamental: Legitimidad, capacidad de operación política e impulso de su proyecto de gobierno.

El Pacto Por México¹⁵, con el paquete de 11 reformas que se instituyeron en un proceso de concertación política donde los partidos políticos en el gobierno (Partido Revolucionario Institucional y Partido Verde Ecologista –en alianza para formar el gobierno-; y los principales partidos de oposición: Partido Acción Nacional y Partido de la Revolución Democrática) estuvieron presentes en las diferentes etapas de negociación y aprobación de las reformas con una agenda común pero no plural ya que el proceso de concreción de cada una de ellas llevaba a los partidos en el gobierno a hacer una alianza con cada uno de los partido en la oposición¹⁶.

Así mismo podemos señalar que uno de los criterios básicos por lo que estas reformas pudieron salir adelante con cierta facilidad en su trámite legislativo fue que en su definición se entrelazaron intereses comunes y compartidos, entre la propuesta gubernamental y sus partidos en el Poder Legislativo con alguno de los de oposición, así en una reformas el tránsito positivo¹⁷ se da con el partido de izquierda –Partido de la Revolución Democrática- o con el de la derecha –Partido Acción Nacional-, evitando los obstáculo para llegar a su concreción y posterior proceso de implementación. En este orden de ideas es importante

¹⁴ No se deja de señalar que la elección de 2012 tampoco fue completamente limpia, muestra de ello fueron los escándalos de los monederos electrónicos de grupo MONEX y el tema de actores y poderes facticos que incidieron durante la campaña electoral.

¹⁵ Sugiero la revisión de la siguiente liga para comprender lo explicito que era una reforma en salud para el citado acuerdo. https://embamex.sre.gob.mx/bolivia/images/pdf/REFORMAS/pacto_por_mexico.pdf

¹⁶ Cabe destacar que el sistema plural de partidos políticos en México es mayor, pero en gran medida estos partidos fueron excluidos de la concertación política y del llamado pacto por México.

¹⁷El tránsito positivo fue la manera de acordar cupularmente con los distintos partidos políticos para evitar confrontaciones legislativas, lo que se observó en el pacto por México fue una selección especial de actores seleccionados para las negociaciones y esto fragmentó a la oposición, entre una que se unió al gobierno de facto y otra que luchó contra estas reformas usando uso de los canales institucionales.

rescatar que “la administración de Enrique Peña Nieto empezó con un importante reconocimiento: el titular del Ejecutivo era la cabeza de un gobierno de minoría y por ello estaba obligado (políticamente hablando) a construir una plataforma mayoritaria para su gestión. Eso fue el Pacto por México un acuerdo entre las principales fuerzas políticas del país y el gobierno.” (Woldenberg: 2013: 17).

Esta etapa tuvo además el aliciente, como en pocas administraciones, de un caudal de recursos económicos frescos y un crecimiento en el periodo de 2013 a 2014 que podría llevarnos a decir que en la primera etapa de la administración de Peña Nieto generó grandes expectativas y fue el impulso constante de entrega de recursos económicos a los gobernadores tanto opositores como de su partido logrando tener cupularmente atadas a todas las fuerzas políticas del país.

Podemos configurar que esta idea general de gobierno desde la campaña hasta el primer año de gobierno se venía trazando tuvo sus frutos en la construcción de los acuerdos político – legislativos por lo que de forma más o menos consensada se dieron las reformas que se consideraban fundamentales en el eje de gobierno de Peña Nieto, a pesar de una serie de tensiones políticas que se venían dando en los diferentes partidos políticos y el gobierno.

La segunda etapa va del éxito a la caída del gobierno de Peña Nieto. El contexto del periodo de septiembre de 2014 – a 2016 no era el esperado por su administración ya que había empezado con cierto orden social, altas tasas de crecimiento económico, conflictos políticos y sociales limitados y controlables, lealtad institucional de cada uno de los miembros de su gabinete y un gobierno que tiene la capacidad de tener a los gobernadores de las entidades federativas con algún grado de cohesión ante su proyecto de gobierno. La crisis de su administración se debe esencialmente al desplome de su legitimidad como presidente y como gobierno debido a los escándalos de corrupción que se dieron entre octubre y noviembre de 2014, saliendo a la luz costosas casas, que se financiaban por contratos jugosos con el gobierno (en especial en la administración de Peña Nieto como gobernador) y una anterior que es la crisis de seguridad en el estado de Guerrero, en el cual desaparecen 43 estudiantes de una Escuela Normal de Ayotzinapa, saliendo a la luz la complicidad entre gobiernos locales y crimen organizado. Esto mermó la legitimidad gubernamental, básicamente porque subestimaron el alcance que tendría el suceso a escala internacional. Si sumamos que al inicio

del segundo año de gobierno el proceso de reformas había puesto en marcha las tensiones sociales y en especial los movimientos sociales en contra de su gobierno, en un sentido porque la complejidad de su implementación obligaría a que estas fueran de mediano plazo y a un creciente descontento con los elementos que parecían haber sido esperanzadores al inicio.

Podemos decir que si bien pudo diseñar e impulsar 11 reformas legislativas en el tránsito del 2014, cada reforma generó colateralmente una pérdida de legitimidad, confianza e interlocución política, que se sumó a la pérdida total de legitimidad por parte de la sociedad mexicana durante el transcurso del 2014 y sus constantes escándalos de corrupción y malos manejos presupuestarios¹⁸, en este punto señaló que la reforma constitucional que lanzó su ex secretaria de salud en septiembre de 2014 nunca se pudo materializar y podemos hipotetizar que si bien era un objetivo que se perseguía para esa época lanzar una reforma era verdaderamente una confrontación política con todos los sectores incluidos algunos aliados, sin olvidar los crecientes movimientos sociales y la polarización social que se marcaba en las calles. Podemos decir que la segunda etapa del gobierno de Peña Nieto, fue la pérdida de la legitimidad de facto que podría haber tenido con el Pacto por México.

La configuración de una serie de contextos adversos en las entidades federativas y sumadas las tensiones sociales que se venían dando termina por una explosión social mayor y reconfiguran el accionar de gobierno; en este sentido es evidente que el nuevo rumbo que toma el gobierno federal es el de implementar las reformas existentes y centrarse en elementos de reforma netamente normativos (es decir hacer cambios sobre leyes generales, recordemos que las leyes generales se hacen por mayoría simple y son adecuaciones menores que en algunos casos pueden derivar para implementar una reforma mayor, sin cambio constitucional).

El contexto internacional ha cambiado y se ha venido dando una desaceleración económica en todo el planeta afectando a los países en vías de desarrollo de forma constante; la caída de los ingresos petroleros en tres ejercicios fiscales seguidos (2014, 2015 y 2016) afectan el

¹⁸ Un punto para considerar es que estos escándalos tuvieron eco en las entidades federativas en los rubros de salud, actualmente se sabe que de estos fondos fueron los mayores desvíos en materia de recursos económicos.

desarrollo de la economía y las finanzas nacionales; y por último una depreciación marcada de la moneda mexicana con respecto al dólar, una de las más afectadas a escala global.

Evidentemente es necesario señalar que la configuración de gobierno sufre cambios y se está orientando a un proceso de implementación de las reformas constitucionales aprobadas y seguida de una construcción de reformas de orden netamente jurídica como son cambios en las leyes generales y en los cuales no requiere un proceso tan costoso en términos de la negociación política y que le permitan cierta libertad marginal para diseñar reformas legales y políticas públicas acorde a la configuración de gobierno que ha venido trazando desde la campaña.

Resulta relevante plantear para el contexto actual de la reforma al sector salud en México que el eje central de la propuesta que se pueda presentar es hacia la seguridad social con una homologación de servicios para la población (limitando su acceso a los servicios de salud), en donde el proceso básico de financiamiento será estructurado por una mayor carga fiscal o bien, pensado desde mi perspectiva, por un gasto personal con la compra de seguros de orden individual o familiar. En este sentido es válido pensar que seguramente uno de los puntos donde se dará la mayor resistencia para los cambios constitucionales vendrá de las instituciones IMSS e ISSSTE.

Podemos concluir que el contexto actual del Estado mexicano es haber entrado tardíamente a la segunda etapa de reformas neoliberales que se han impulsado. “Hoy la reforma ha pasado a ser una condicionalidad de financiamiento externo y esto opera como un factor altamente determinante de su permanencia en la agenda estatal. No sólo como exigencia de disciplina fiscal y de cumplimiento de metas de reforma, sino también como fuente casi excluyente de los recursos disponibles para llevar a cabo los cambios” (Oszlak: 1999: 5). Es decir, la tecnificación del discurso económico ha sentado sus fuerzas de cambio en la postura de trasladar los costos asociados a la seguridad social a las personas por la vía de pagos de impuestos o con la adquisición de seguros de salud en el mercado, tendiendo un puente pequeño de piso mínimo de seguridad social para quienes no pueden acceder a la salud en los términos que plantea el mercado.

Capítulo III. Planteamiento del problema:

Reflexionando sobre la materialización de las propuestas de campaña en la actual agenda de gobierno, podemos pensar por lo menos su carácter histórico en el proceso de transformación del sector salud, donde la concepción de Peña Nieto no es nueva y exclusiva de su administración si observamos con cuidado al menos las últimas tres administraciones¹⁹ anteriores en los temas de salud donde están presente conceptualmente las ideas de universalidad, efectividad y calidad.

Debemos reconocer que las ideas de universalidad, separación de funciones, efectividad y calidad tienen al menos dos significados diametralmente opuestos, por un lado, desde el Estado Neoliberal, podemos asumir que estos tienen que ver con una lectura económica donde están significando formas o elementos de generar riqueza y mercado, por encima de las necesidades mínimas de la sociedad y una justicia social básica. Sin embargo, desde una esfera de los Derechos la universalidad debe significar al menos la capacidad de que toda persona puede acceder a los servicios de salud sin importar sus condiciones económicas, sociales o de residencia geográfica; la efectividad que de ninguna manera su tratamiento y diagnóstico se verán afectados en relación a los temas económicos o de carencias sociales y la calidad significa que las instituciones públicas tienen la capacidad de poder resolver adecuadamente la atención a la población y que no se ve afectada por recortes o restricciones de presupuesto para atender a la misma. Además de la exigibilidad al Estado para dotar de servicios de salud.

Las condiciones para presentar una reforma en el sector salud en este periodo de gobierno de México parte de un eje estructurado de poder, en los sentidos que hemos enunciado. Primero existen al menos dos visiones dentro del grupo en el poder que tienen intereses y alcances propios de su formación político – ideológica que tendrán las posibilidades de tener juegos de poder a pesar de ser, un mismo grupo político que detenta el poder político – gubernamental y económico imponiendo las reformas que ha transformado al Estado de

¹⁹ Centraría la atención desde el gobierno de Ernesto Zedillo (1994 – 2000), pasando por Vicente Fox (2000 – 2006) y Felipe Calderón (2006 – 2012), aunque existen vestigios de que esto se da desde el gobierno de Miguel de la Madrid (1982 – 1988).

Bienestar y desarticulado las instituciones de seguridad social junto con el sector salud, y un segundo eje que materializa un proceso sistemático de desmantelamiento, masificación y privatización del sector público de salud generando dos áreas de atención de salud, aunque con calidades y eficiencias diferentes.

La investigación se plantea estudiar y analizar el proceso de transformación al sector salud en el gobierno de Enrique Peña Nieto en el periodo 2012 – 2018²⁰ a través del rescate de los discursos de los actores significativos (en este caso delimitamos que los actores que son de nuestro interés son los secretarios de salud; los titulares del ISSSTE y del IMSS, así como el titular del Seguro Popular, todos durante el periodo de gobierno de Enrique Peña Nieto y nuestro periodo de estudio -2013-2016-), que participan en el Congreso de la Unión (en este mismo caso señalamos que sólo retomamos la legislatura 2012 – 2015 en ambas Cámaras), partiendo de las premisas siguientes:

- a) El proceso se desarrolla por caminos divergentes a los planteados;
- b) que el proceso de reforma se encarna en actores políticos reconocidos por su trayectoria marcada en el sector salud y la administración pública cuyos intereses es necesario identificar;
- c) que se recuperará los proyectos de reforma y los obstáculos y resistencias para su consecución.

En tal sentido la investigación se propone dar cuenta de las características de continuidad o novedad que representa el proceso de llevar a cabo la reforma al sector salud en el marco de una serie de tensiones entre actores políticos que enmascaran sus ideas y sus planteamientos reales en discursos que se requiere discernir y comprender.

¿Qué actores gubernamentales juegan posiciones y posturas para reformar al sector salud de México?

²⁰ Cabe aclarar que el periodo de esta investigación terminará antes que su sexenio por lo que, si bien no hay una fecha límite para estudiar las propuestas de reforma, si se acotará a los tiempos establecidos. Esto lo señalo porque eventualmente se dará un peso en la recolección de información a través de los medios.

¿Qué intereses mueven a los diferentes actores a impulsar o bloquear las propuestas que se puedan presentar para reformar el sector salud?

Partiendo de estas preguntas definimos a los actores; a) como sujetos portadores de algún grado de poder para incidir en la agenda pública; b) que sus intereses, discursos y comportamientos públicos tienen cierto grado de influencia en el proceso de diseño de la agenda y las políticas públicas; y c) que los actores portadores de discursos tienen en sus biografías personales un grado de historicidad que los hace estar jugando en la arena del debate y la toma de decisiones, incluso desde antes que se configure la agenda misma.

Analizando el proceso legislativo de la reforma del sector salud en México, desde el momento que despierta intereses comunes o divergentes para su inclusión en el debate de la agenda pública y ser sujeto de atención de los actores políticos, económicos y sociales, tanto para su aprobación, modificación o rechazo, son elementos para considerar en esta investigación que van a estar jugando con tensiones, acuerdos y contradicciones propias de la lógica legislativa.

Se asume que el debate de fondo tiene que ver conceptual y políticamente con los conceptos de: a) universalidad, y sus acepciones y mecanismos debe utilizarse para su logro en el sector de salud ya sea desde un enfoque de derechos o una centrada en el mercado. b) Estado, como una categoría que marca el tipo de relación entre ciudadanía y gobierno.

La concepción de universalidad tiene dos grandes posiciones teóricas diferentes por una parte está quienes concibe este punto como esencial para resolver las fallas del mercado en salud, es decir desde la postura de la economía clásica se piensa que la injerencia del Estado en asuntos económicos es nociva para un sano desarrollo de las fuerzas de mercado que bajo criterios ideales tiene un momento de equilibrio y beneficios para toda la población. De este grupo se desprende la siguiente conceptualización:

Un esquema universal que cuente con un fondo único de mancomunación que contribuya a eliminar los problemas de información asimétrica; un marco legal y regulatorio que contemple de manera integral y general los aspectos de recaudación, mancomunación, pago y provisión de servicios de salud, integrando a todas las entidades involucradas en el sector y con cobertura a toda la ciudadanía; que se separen las funciones de financiamiento de las de mancomunación y de la provisión de servicios; una cobertura básica que si bien puede ser responsabilidad gubernamental no necesariamente tiene que ser provista por el Estado, y un conjunto de servicios que sea a la vez el más costo-efectivo en términos económicos y aceptable desde la perspectiva de la sociedad (CMMS: 2006: 35).

Por otra parte, la universalidad de salud tiene una segunda visión teórica que es completamente opuesta, en la cual se insiste que la universalidad es obligación del Estado dar salud con buena calidad y de manera gratuita sin distingo de condición social y a cualquier persona. Por tanto, se entiende que el tránsito hacia el sistema universal de salud se requiere de “fortalecer a las instituciones públicas de bienestar social y a preparar las condiciones para garantizar universalmente los Derechos Sociales, y una segunda de integración institucional y ampliación de cobertura de todos los ciudadanos” (Laurell: 1991:107). A su vez, “la cobertura universal de servicios de salud con servicios integrados de buena calidad para toda la población, al margen de su condición en el mercado de trabajo o de su pertinencia a los grupos corporativos de poder” (Molina et al.: 2012: 73).

Debemos establecer que mientras en el contexto de la lógica neoliberal el acceso se hace mediante mecanismos de competencia de libre mercado que podría generar una obvia inequidad para el acceso a la salud, considerando que más de la mitad de la población no alcanza a tener prestaciones sociales o recursos para financiarlo. La propuesta alterna implica una lógica de fondo totalmente diferente, implica cambios profundos en la lógica de recaudación y redistribución de los recursos económicos fiscales en un sentido de tener un Sistema Universal de Salud, de corte público y que busca la equidad en el acceso al sistema de salud.

De manera analítica podemos afirmar que estas dos posturas estarán jugando todo el tiempo en el proceso de reforma del sector salud en México y en los discursos de los actores políticos, evidentemente el trasfondo de cada una de estas posturas llevan a concepciones diferentes del Estado, siguiendo a Spinelli; “el tema del Estado no es un problema de tamaño, es un problema de concepción, tanto una que de lógica externa a los intereses colectivos y otra de lógica interna que da lugar a los ciudadanos.” (Spinelli: 2012: 124).

Basados en esta idea de Spinelli podemos seguir entendiendo el problema como un tema de debate entre dos concepciones del Estado y conformación del sector salud en México, donde las transformaciones de orden legal que se registren serán fundamentales para posicionarnos ante un proceso de cambio donde está el derecho de la salud de población mexicana en juego.

Por tanto, se podrá observar que intereses están atrás de los actores involucrados para concebir a la salud en alguna de estas dos concepciones; como un bien mercantil que debe ser regulado por el mercado, o como un derecho humano, innegable e inalienable por lo que la función del Estado debe orientarse a garantizarlo por encima de los intereses del mercado.

Siguiendo esta idea es necesario pensarnos que el Estado mexicano tiene ante sí una nueva configuración de ciudadanía lo que ha implicado una serie de variaciones en la configuración propia de la forma de decisión estatal, podemos afirmar que las transformaciones políticas y de ciudadanía surgen de las contradicciones propias para afrontar problemas públicos diversos y que estas contradicciones esencialmente devienen de la complejidad social construida colectivamente (Testa: 2007). Por lo que pensando las condiciones de movimientos sociales en México que no dan un marco de actuación política viable una reforma constitucional del sector salud, la coyuntura nacional está encareciendo de forma importante el avance en materia de reformas constitucional y ha puesto entredicho las reformas que se deben implementar, lo que estará en la arena del debate público y la toma de decisiones como elemento central para detener u obstaculizar la reforma al sector salud en México.

Conjugado con una esfera legislativa con tensiones partidistas, después del paquete de reformas constitucionales aprobadas y a posteriori del escenario electoral, dan un nivel de atención a las negociaciones de los actores políticos para lograr una nueva reforma constitucional, por lo que la salud no figura como un eje para reformarse en este sentido, considerando que dentro del proceso de reformas se han dado 81 cambios a diferentes leyes generales, es válido suponer que los cambios se sustentaran en la Ley General de salud y no en una reforma constitucional.

En la primera parte el caso de la reforma al sector salud, anunciada por la Secretaria de Salud federal en septiembre de 2014 esto no ocurrió; inicialmente podemos pensarnos que no se da la reforma por un proceso de tensión social, y movimientos sociales crecientes en el país, que se suscita de manera intempestiva y cercana dentro del mismo mes de septiembre. Una segunda opción que se nos plantea para no dar paso a la reforma es la tensión de los diferentes actores institucionales (es decir las instancia de seguridad social y salud –Instituto Mexicano del Seguro Social- e –Instituto para la Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del

Estado-) tanto en su figura de directivos como de sindicatos que tienen un peso bastante fuerte, y que siguiendo la lógica de un aumento en los movimientos sociales un eventual cambio en las condiciones que rigen al sector salud y los contratos de trabajo podría incendiar a un más las condiciones de gobernabilidad en el país; una tercera condición es que al finalizar la reforma energética (última del paquete de reformas aprobadas) las condiciones de negociación y concertación estaban agotadas, inclusive el pacto por México estaba prácticamente descartado por cada uno de los actores involucrados transitar hacia una nueva reforma de alcance constitucional –como era la propuesta en salud- era absolutamente descartada e incluso improbable en las condiciones que se estaban dando en el país.

Como sostiene Brachet, “las luchas sociales y las protestas públicas indican los puntos de presión existentes en la relación entre el Estado y las clases subordinadas. Las demandas de los de abajo, si no son satisfechas, crean un clima general de agitación que puede desatar demandas más firmes en favor del cambio y movilizar otros puntos centrales de descontento. Las reformas sociales dosificadas, por otro lado, constituyen instrumentos organizativos en manos de los administradores del Estado para prevenir dichas movilizaciones y restablecer un grado de paz social.” (Brachet: 53: 2001).

A lo que válidamente nos preguntamos ¿Qué intereses tienen los actores que están en la arena de las decisiones, qué es lo que están en juego detrás de la reforma el sector salud en México y hacia dónde estarían orientándose los esfuerzos de reforma del sector salud en México? ¿Cuáles son las resistencias, obstáculos al proyecto gubernamental y qué naturaleza tienen?

Para esta investigación, que nace desde la salud colectiva, la construcción del Derecho a la Salud como un Derecho ciudadano se entiende como un proceso de configuración de políticas públicas transversales que incluyen una educación digna y gratuita, empleo bien remunerado, una nutrición sana, variada y suficiente; además de un medioambiente en equilibrio que surten efecto en dotar al ciudadano de Derechos, como lo es a la salud como una garantía explícita de su plena y total accesibilidad, a cualquier servicio que requiera y con gratuidad a lo largo de su tratamiento médico, de otra forma pensamos se limita el dotar de Derecho a la salud y se inscribe en un proceso de negación de la vida y del Derecho a la salud. Para poder explicar nuestro punto partimos de que las explicaciones macrosociales, específicamente económica, política e ideológica son la base para entender, visibilizar y

explicar los procesos sociales y los cambios al sector salud, donde los intereses de clase operan en el sentido de formular una propuesta. Desde esta perspectiva se desprenden concepciones sobre la salud, los objetivos sociales que debe cumplir y características que deben adquirir los procesos para lograr estos objetivos.

Capítulo IV.

IV. I. Objetivo General:

Conocer las propuestas de campaña y gubernamental para reformar el sector salud de México durante el gobierno de Peña Nieto; a partir de los avances, retrocesos y obstáculos, para su implementación relacionados con las dinámicas políticas de los actores con incidencia en el tema.

IV. II. Objetivos Particulares:

Identificar las características de los proyectos del gobierno mexicano para reformar al sector salud.

Conocer e identificar los actores gubernamentales relevantes en este periodo y su posición y papel respecto del proceso de reforma al sector salud.

IV.III. Supuesto analítico o hipótesis:

Partiendo de los obstáculos con los que se ha enfrentado Peña Nieto, la reforma no se verificará a través de cambios constitucionales sino de cambios normativos menores con modificaciones menores que no tienen que hacerse bajo una lógica de aprobación del Congreso de la Unión y con menor visibilidad ante la opinión pública, debido a que una reforma de alcance constitucional implica una legitimidad de la que carece.

Adicionalmente consideramos que existe una resistencia de los actores no gubernamentales a una reforma constitucional que sería uno de los elementos de obstáculo para llevar adelante la reforma como tal, dada la falta de legitimidad de la administración de Enrique Peña Nieto con la implementación de las reformas y su traducción en políticas públicas deficientes.

Capítulo V. Marco Teórico.

Para Parsons la relación que existe en la conceptualización entre salud y enfermedad, procede a una interpretación especial de ella. “La enfermedad, lo patológico, es accidental; consiste en aquellos fenómenos no ligados a la estructura y función de la especie como tipo. Lo mismo pasa con la sociedad: los estados sociales «contingentes», no ligados al tipo social, o implicados lógicamente en él, son patológicos. Luego, dando un nuevo salto: lo normal es lo de ocurrencia general, mientras que lo patológico es excepcional. Pone la distinción en términos de la diferencia entre la relación del individuo con una regla de salud. La violación de una regla de salud trae sus propias consecuencias automáticamente, por ejemplo, un hombre no come lo suficiente muere de hambre” (Parsons: 1968). Así la postura de Talcott Parsons, sobre el proceso salud – enfermedad se caracteriza por su individualismo y desvinculación de las condiciones socio estructurales en las cuales nacen y se desarrollan los entornos sociales humanos que terminan por condicionar la capacidad real de sus oportunidades en el escenario social y terminan por condicionar los procesos que determina con las reglas de salud y vida.

Edmundo Granda retoma la siguiente definición de salud colectiva de Jairnilson Silva Paim y Naomar de Almeida Filho,; que “definen la Salud Colectiva como un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación informadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud(...)la Salud Colectiva se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras” (Granda: SP: 2004).

A partir de estas consideraciones podemos plantear que la concepción de la salud en torno a los programas y políticas públicas que se siguen parten de presupuestos teóricos diferentes y diferenciados, que estos postulados se plasman en documentos y formas de actuar en el momento que se tiene la capacidad de incidencia en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas y su desarrollo institucional, estos es conducido por personas con una

formación determinada, pero que deben cumplir con algunos criterios. Siguiendo con la idea que han propuesto Belmartino y colaboradores en el cual se asume que “las instituciones definen y limitan el conjunto de opciones de conducta a disposición de los individuos a partir de la operación de dos tipos de reglas: 1) Las formales son leyes y normas, expresamente sancionadas o establecidas; incluyen lo que se prohíbe hacer y las condiciones en las que ciertas actividades se permiten; 2) las limitaciones o reglas informales se expresan en acuerdos o compromisos entre organizaciones o agentes y códigos de conducta aceptados por los participantes de determinados grupos humanos u organizaciones” (Belmartino et al.: 2003: 35).

Entonces la selección de los actores está medida en tanto las reglas formales que existen en su carácter legal y en tanto su capacidad real de poder para facilitar u obstruir el diseño de una reforma al sector salud, así como su eventual implementación. Segundo que esto parte de que existe más de una visión sobre como operacionalizar los cambios al sector, ello mantiene un nivel de tensión que se media o visibiliza a través de los distintos discursos políticos que se hacen.

Partimos entonces de que los distintos discursos que darán los actores cumplen con los criterios básicos de que: 1) Que el actor siempre tendrá una limitación en su uso de poder y que la misma está mediada por contextos sociopolíticos que escapan de su control y que ello será un obstáculo para poder llevar a cabo la reforma. Y 2) Que independientemente de quien tenga la responsabilidad de encabezar los distintos puestos, la reforma tiene elementos históricos que hacen de ella un centro de debate sobre cómo se debe reorientar el sector salud y sus instituciones, las mismas van a tener resistencias intrínsecas a su historia y función social.

Por otro lado, el análisis de la biografía del actor es fundamental porque conocer su trayectoria anterior al puesto que ocupa, haciendo una *biografía del actor y el poder*, definida como la trayectoria político – laboral que ha ocupado dentro del bloque de poder, permite entender y analizar las posiciones que ha tomado y observar las contradicciones que cada encomienda le ha dado, o bien permite observar su postura como una consecución que se

mantiene a pesar del tiempo y el espacio en el cual se enmarca este periodo de reforma, así como conocer la formación de los grupos de poder y su presencia en salud.

Iniciamos nuestra delimitación de los conceptos de Estado, Poder y Actores, retomando a Matus a través de Spinelli, con la idea del triángulo de gobierno, que propone configurar al tipo de Estado en el que estamos situados – en su carácter histórico y en la actualidad-. Para ello tenemos que visibilizar las capacidades institucionales de negociación de los actores y su grado de poder, situar a los actores en el espectro político -de dónde vienen-, la capacidad de gobernabilidad del país (Spinelli: 2010).

Para la propuesta de investigación hacemos un acotamiento de los siguientes conceptos como nuestras categorías de análisis: Poder, Estado, Actores y Discurso.

El concepto de *poder*, lo entendemos como “las relaciones de dominación con relevancia política allí donde determinan un conjunto, es decir, un sector social organizado en permanencia, la estructura de dominación puede ser analizada como una relación recíproca entre dominantes y dominados en un enfoque de clases sociales. Las relaciones de dominación permiten en una asociación de dominación diferenciar entre grupos (y no sólo “roles”) que participan en el poder y grupos que están excluidos de la participación en el poder” (Lechner: 34: 2012).

Para esta investigación consideramos que estamos ante una forma de *poder* basada en las contradicciones básicas del sistema económico capitalista; generando un discurso con acciones concretas que buscan desintegrar el tejido de lo público para dar pie a un ejercicio de mercado privado en la arena de la salud, promoviendo un esquema similar al de Estados Unidos, donde la función principal de las aseguradoras es generar ganancias a través de atenciones médicas limitadas que promueven un marco de segregación social, en donde se marcan dos modelos de acceso a la salud, el privado marcado como un ejercicio de lujos que quieren disfrazar de eficiente y eficaz; y el sistema público desprovisto de los recursos para

su funcionamiento, y que quiere revestir como ineficiente e ineficaz. Así el concepto de *poder* nos permite observar cómo los actores políticos en la arena de la salud van a marcar discursos que pueden presentarse para defender lo público, pero en esencia están trabajando para imponer un régimen de mercado en el sector salud.

Por Estado entendemos al espacio de tensiones y conflictos con decisores que son heterogéneos, y difieren en distintas circunstancias y momentos históricos para adecuarse a las circunstancias internas y externas del país (Testa: 2007). Así el Estado es una de las conceptualizaciones que presentamos para analizar al gobierno de Peña Nieto, como un espacio de transición al capitalismo de oligopolio, siendo en este sentido su forma de gobernar el tener un Estado que se acopla al nuevo sistema capitalista donde unos cuantos son los que pueden tener los recursos económicos y se polarizan las clases sociales. De esta forma la reconstrucción del Estado mexicano en tiempos de Peña Nieto es la construcción de un capitalismo de oligopolio, con los decisores internacionales haciendo las políticas públicas, de esta forma todo el proceso de reformas estructurales está marcado ampliamente por el concierto internacional con fases muy definidas.

El *Estado* y el *Poder* se articulan y observan cuando hay un ejercicio del *Poder* desde el *Estado* a través de actores visibles y presentes en la toma de decisión, ellos mismos asumen a actores externos y los visibilizan a través de los discursos. Habermas, comprende que el actual “liberalismo, sumamente a la defensiva, es una revisión del modelo clásico de un sistema de individuos en competencia, que garantizan la razón del todo siguiendo cada uno su propia razón. Un modelo de poderes en pugna” (Habermas: 1975: 78). Así siguiendo los postulados de Habermas comprendemos que el vínculo entre el *Estado* y el ejercicio del *poder*, por parte de los actores –este último- disponible en el modo administrativo que modifica su propia estructura interna mientras se mantenga retroalimentado mediante una formación democrática de la opinión y de la voluntad común, que no sólo controle a posteriori el ejercicio del poder político, sino que, en cierto modo, también lo programe (Habermas: 1999). Es decir el sistema capitalista utiliza los elementos democráticos para

legitimar desde el Estado un ejercicio de poder que favorece a los actores oligopólicos que están detrás de la ejecución de las políticas públicas que se van a llevar a cabo de manera determinada. Sin importar el proceso de determinado temporalmente esto es mientras tengan dominada la esfera del poder y puedan ejecutarla de manera sistemática.

Considerando que tenemos una articulación entre *Estado y Poder*, proponemos la entrada al tercer concepto que son los *actores*, partimos de la necesidad de llegar a los actores, por elemental lógica el Estado recae en actores y la ejecución del Poder está limitada por una serie de relaciones entre actores sociales, que tienen la capacidad de incidencia para modificar el entorno social y económico. Teniendo un eje de articulación común que son las arenas de disputa política e institucional.

Un elemento que se vuelve central en la toma de selección de los actores, deviene de la investigación de Mario Testa en *Decidir en salud*. Testa propone la construcción de actores con actitud crítica y aptitud crítica, en la cual afirma que los sujetos transformadores son aquellos que tienen la actitud y aptitud crítica. También señala que el extremo opuesto está quienes carecen de una actitud y aptitud crítica como sujetos pasivos (Testa: 2007).

Los actores políticos los concebimos desde una formación homogénea que los hace pertenecer de una u otra forma a un mismo grupo político, que basa su capacidad de actuación a partir de primero de estar dentro de un grupo que asume las doctrinas neoliberales como la base del diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas, segundo donde la concepción del Estado y las demandas sociales son satisfechas por los éxitos de la economía y la movilidad individual, es decir olvidan el carácter del Estado público que busca resarcir las inequidades existentes en la sociedad; por tanto planteamos que son una élite de poder restringida y sometida a los intereses de una red transnacional de intereses económicos (Touraine: 2004). Siguiendo con esta idea consideramos que las características centrales de esta élite de poder se caracterizan por; a) imponer de manera constante una serie de reformas

constitucionales que son diseñadas desde organismos supra nacionales, con los cuales se tiene una subordinación basada en préstamos económicos disfrazados de apoyo y una presencia de cuadros tecnoburocráticos en las esferas de las decisiones gubernamentales; b) mantener un cierto grado de orden y cohesión del tejido social para la implementación de las reformas y su éxito en el mercado, basados en uso de los medios de comunicación para crear una sensación de gravedad o urgencia para aplicar una reforma por encima de otra, de esta manera el control de los medios de comunicación y el diseño de una propaganda especializada que se va presentando en todas las clases sociales; y c) tener algún grado de interrelación biográfica entre ellos. Agregando a sus características, es decir están unidos por lazos familiares, comerciales o políticos; d) como portadores de algún grado de poder para incidir en la agenda pública y que sus intereses tenga capacidad de visibilidad en el entorno de las decisiones públicas; e) que sus intereses e ideología particulares son públicamente conocidos y tienen cierto grado de influencia en el proceso de diseño de la agenda de las políticas públicas; y f) con un grado de historicidad sus biografías personales que los hacen estar jugando en la arena del debate y la toma de decisiones, desde antes que se configure la agenda misma y en la cual son actores decisores desde diferentes lugares pero que su capacidad de acceso a la agenda pública.

El estudio del análisis del discurso en actores gubernamentales aporta elementos de orden práctico para poder ubicar los distintos proyectos sobre la transformación de los sistemas de salud y sus reformas, las disputas entre ellos y sus proyectos, y la manera en que finalmente se ha realizado con la imposición de unos de ellos por otros.

Por discurso tenemos que hacer algunas delimitaciones de orden teórico – conceptual y otros elementos de operacionalización. En relación a lo teórico, asumimos que el análisis del discurso, “está situado, determinado, no sólo por el referente sino por la posición del emisor en las relaciones de fuerza...” (Bardin: 2002: 169). Por tanto, los discursos no son elementos que se dicen de una manera esporádica o descontextual de un entorno político, económico y social, sino que la articulación de estos es trazada y planeada para darlos a conocer en un

momento específico para tener control de las consecuencias que se van a dar después de su presentación ante el público.

Para continuar con el ejercicio analítico propuesto, es necesario diferenciar la existencia de dos formas elementales de comprender el proceso de reforma en la arena de la salud; en donde debe remarcarse que “la problemática de la equidad en salud no es algo que se pueda resolver integralmente desde el sector salud ya que se trata de una cuestión social que trasciende las posibilidades de un solo sector y cuya solución depende de decisiones políticas. Está íntimamente vinculada a la asignación global de recursos para la salud y no solamente a la distribución de la atención sanitaria. Esa asignación puede implicar diversos acuerdos sociales justos o injustos. Es por eso que debería convertirse en parte de la agenda de debate del Estado” (Spinelli et al.: 2008: 256). Así las conceptualizaciones que podemos retomar analíticamente, para fines de nuestro estudio concebimos que existen dos modelos que se plantean para reformar al sector salud:

a) Se trata de establecer un mercado sin el cual no puede haber libre competencia entre prestadores públicos y privados que es la premisa del modelo de la *competencia regulada*. (...) El papel del Estado sería asumir la responsabilidad de la salud pública que se reconoce como un bien público en la noción de la economía neoclásica. (...) Administrar un padrón nacional de asegurados y, se infiere, operar una especie de caja de compensación entre los compradores y vendedores de servicios. Por último, el Estado sería el garante del mercado mediante fondos fiscales en forma de subsidios (Laurell: 289: 2012).

b) La base y el punto de partida de la propuesta alternativa es recuperar la salud como derecho universal y exigible en consonancia con la declaración de la ONU sobre derechos humanos. (...) Garantizar igual acceso a los servicios existentes sería la integración de los servicios públicos en un Sistema Único de Salud (SUS) para cancelar la fragmentación y segmentación del sistema. Hay que recordar que la infraestructura médica pública es mucho más importante que la privada y mejor distribuida. Esta integración puede realizarse entidades federativas en el corto plazo donde los SES y los institutos de seguridad social disponen de los servicios suficientes (Laurell: 290: 2012).

Capítulo VI: Metodología de la investigación

La construcción del modelo metodológico que seguimos se fundamenta en los siguientes autores Ripley, Van Dijk, De Souza Minayo, Garretón, Faiclugh y Flick. Para iniciar el engranaje metodológico tuvimos primero que partir de dos elementos esenciales primero los actores llevan a cabo discursos sistemáticos que se pueden traducir en acciones o bien simplemente en procesos de crear un marco referente a los procesos ideológicos existentes; segundo el método de análisis crítico del discurso (ACD) resulta esencial para la comprensión de la visibilización de los intereses de los actores; tercero para comprender mejor a los actores se retomó las ideas de Garretón, pero en una escala más epistemológica Samaja sirvió de guía para establecer que “la noción de estructuras jerárquicas nos invita a pensar no sólo en dos planos, sino en un número indefinidos de planos posibles(...) La noción de vínculo funcional nos invita a indagar cada acción o hecho por referencia a la relación de alguna condición de posibilidad de una totalidad mayor, o de un proyecto, lo que, a su turno, nos obliga relativizar el sentido de una conducta o acción al plano en el que se ha fijado la intención” (Samaja: 2004:161).

Es decir, tuvimos que considerar una estructura de los actores en torno a un nivel de operacionalización construido por Garretón que nos fue sumamente útil. Para poder estudiar de manera clara que rol juegan y su biografía del poder, así como analizar el peso de sus discursos adaptamos una propuesta de Garretón que es la de tener dos matrices. “Una es la *matriz socio-política o constitutiva* de sujetos y que se refiere a las relaciones mediadas por el régimen político entre Estado, representación y base socio-económica y cultural. La otra es la *matriz configurativa* de actores sociales en la que cada uno de ellos ocupa una posición en las dimensiones o niveles y en las esfera o ámbitos” (Garretón: 2001: 14).

Para esta investigación tuvimos además que ir construyendo actores y ajustando los postulados de Garretón; así quienes van a estar en la *Matriz Constitutiva* son los Secretarios de Hacienda y Crédito Público y de Salud; como los actores con la capacidad política y jurídica para llevar a cabo la reforma al sector salud en la parte institucional. Nuestra definición de la Matriz Constitutiva, establece a los actores con mayor grado de poder para cabildear e impulsar la reforma al sector salud.

La *Matriz Configurativa* son todos aquellos actores que su capacidad real de cabildeo y fuerza política no les permite incidir jurídicamente y políticamente activa en el proceso formal para llevar a cabo la reforma, en este sentido quienes van a estar son; Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social; Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Titular de la Comisión de Protección Social en Salud.

Para efectos de esta investigación a nivel metodológico, el análisis del discurso lo entendemos como una herramienta que nos permite diseñar y recolectar los datos de los discursos y las acciones de los actores clave en la investigación, centrándolos socio históricamente en el momento donde ocupan u ocuparon una determinada posición o influencia relevante y con algún grado de poder para llevar a cabo su proyecto de grupo o personal dentro de la esfera gubernamental.

Así podemos afirmar que para hacer nuestro análisis de los discursos tenemos claro que, metodológicamente “los modelos no se construyen de la nada, (...) podemos asumir que existen varias estrategias dominantes que automatizan parte de las representaciones, como las identidades personales y sociales más o menos permanentes en los hablantes” (Van Dijk: 2012: 189).

Así para nosotros el análisis del discurso se puede asumir como una construcción que se da desde una posición de poder determinada en donde se entrelazan identidades y representaciones de una misma posición político – social y con una ideología determinada que busca promover un sentido de aceptación ante una propuesta por los medios de comunicación habituales y en los cuales entrelazan distintos juegos de poder en el desarrollo de sus proyectos políticos.

Los discursos conceptualmente pueden organizarse en los siguientes ejes teóricos, que posteriormente a nivel metodológico nos darán la guía para recolectar la información y analizar la información.

a) La propuesta de Teun Van Dijk (2011), donde los intereses pueden ser analizados como razones más o menos conscientes para la acción de los actores políticos basados en un

proceso donde poseen dimensiones ideológicas, conocimientos compartidos, actitudes, normas y valores que se define por dimensiones sociales y políticas comunes.

b) Jan Renkema utiliza los elementos documentales como fuente primaria de información, en donde los textos se analizan mediante la correspondencia, es decir las interrelaciones entre las metas del emisor y las necesidades del receptor, en donde la consistencia es la habilidad del emisor para sostener sus ideas, donde la calidad es el proceso donde su argumentación es lo suficientemente clara y correcta para defender sus postulados (Renkema: 2001). Por encima de los procesos que está marcando el entorno natural o real, es decir la búsqueda documental es necesaria para saber qué están diciendo y cómo están manejando la información para crear los procesos ideológicos en los receptores.

c) Un análisis crítico del discurso que centra su atención en el abuso del poder, el dominio de un grupo social para acceder a discursos y diseños políticos particulares y las desigualdades sociales que son practicadas y reproducidas en discursos y textos para marcar las diferencias ideológicas y hegemónicas (Van Dijk: 1999). Esta idea se complementa con el ejercicio que hace Fairclough, en el cual sostiene que para el análisis crítico del discurso, “la diagnosis considera el modo en el que las prácticas se ubican juntas en una red, la forma en que la semiosis se relaciona con otros elementos de las prácticas sociales, y las características del propio discurso” (Fairclough: 2001: 185).

d) Por último, entendemos que estas ideas en discursos se expresan también en una dimensión jurídica – legal en tanto “expresión de poder de determinados actores que se traducen en la conformación de las leyes que se encuentra en dos planos explicativos: uno estructural que remite a las relaciones sociales que definen los diferentes modos históricos de producción; y otro más político que tiene que ver con la correlación de fuerzas que en una situación histórica determinada reflejando la conflictividad social” (Giménez: 1981: 78).

Por último, nuestra definición del análisis del discurso requiere de un acoplamiento en términos de comprensión teórico – metodológico; podemos decir que los discursos y su análisis muestran facetas de la realidad social, económica y política de una comunidad en un momento dado de la historia que construyen y constituyen una parte nodal de la memoria histórica de una nación y de su realidad cuando se están presentando, por tanto “el foco está

en qué versión específica del mundo, qué identidad o qué significado se produce describiendo algo de una manera con preferencia a otra; qué se pone a disposición y qué se excluye” (Rapley: 2014: 23). Por tanto, nuestra metodología de análisis del discurso hace énfasis en mostrar quienes son los actores seleccionados, por qué seleccionamos a los mismos y por qué desestimamos otras posiciones, en síntesis, es mostrar en esta tesis que nuestros actores gubernamentales no juegan siempre en el mismo equipo, a pesar de estar en el mismo equipo y que cada uno tiene sus propios intereses particulares que se señalan con el análisis del discurso.

Así, las biografías del actor y el poder, accedemos a una conceptualización de que el actor actúa en un contexto determinado que no es azaroso o casuístico, es una conexión de hechos que lo han llevado a estar en ese momento determinado a la posición que tiene. Donde por lógica sus discursos y decisiones serán similares. Al existir una decisión diferente al discurso estamos en una escala de tensión sobre lo que realmente concibe y desea llevar a cabo en realidad.

Lo cual nos muestra en dos niveles sus intereses los cuales son explícitos al ser llevados a cabo entre lo que dice (discurso) y lo que lleva a cabo (decisión) se mantiene similares. Todo actor tiene al menos un grado de incidencia en la conceptualización del modelo de reforma al sector salud mexicano, es decir cualquier decisión que tome implica una toma de postura frente a este.

En caso contrario cuando lo que dice (discurso) es diferente a lo que lleva a cabo (decisión) se establece como intereses implícitos, el discurso que para esta investigación es el centro de lo que piensa la persona. Y esto lo complementamos con la idea de Testa sobre las contradicciones como “visiones diferentes frente a múltiples cuestiones que tienen sentido para nosotros, y los conflictos son las formas materiales en que se expresan esas contradicciones” (Testa: 2007: 252).

Los elementos del diseño y las adecuaciones que se hicieron posteriormente para la creación de las categorías de análisis tienen que ver con elementos de construcción a partir de los postulados de la salud colectiva y el análisis crítico de adecuar el sistema de salud en México, hacia un sistema similar a los que se impulsaron en gran parte de América Latina. Los

elementos que revisamos sobre financiamiento, estructura, prestación de servicios y acceso están ligados a mostrar como la reforma al sector salud se construye de una forma histórica, paulatina y por fases bien marcadas, sin ser de una manera frontal.

Cecilia De Souza Minayo, propone elementos de corte metodológico que nos sirvieron para ir construyendo nuestros criterios de inclusión y exclusión, guía para la búsqueda de la información y también construcción de las categorías de análisis, retomamos la siguiente idea:

El descubrimiento de la lógica interna no es una tarea fácil. Comienza por la búsqueda de las estructuras de relevancias en los discursos individuales, sigue por la transversalización de esas relevancias en el conjunto de los discursos, tornándolos narrativas significativas de un grupo, y continúa por la valorización de las categorías empíricas (expresiones potentes del vivir, de las prácticas y de las acciones del colectivo). Esa labor hace posible una clasificación significativa del mundo localizado en las experiencias, en las vivencias, en el lenguaje y en las acciones observadas, colocándolo como parte del modo de vivir de un grupo dentro de la historia universal (De Souza: 2010: 260).

La construcción del proceso de recolección de la información fue sumamente crítico, partimos del hecho de que la posibilidad de hacer un trabajo en campo que no fuera documental era potencialmente problemático porque no podríamos visibilizar las categorías de análisis con las cuales se trabajaron. Fue un proceso de análisis y de tomar decisiones de orden práctico, así tomamos la idea de retomar el análisis documental; tal como se piensa desde la salud colectiva, la investigación nunca es neutra, pues siempre se tiene una posición política y militante en la construcción de los diseños de investigación, lo cual no quiere decir que deje de tener una dimensión científica y también objetiva en la búsqueda de la información, es decir se hace desde una postura clara y definida que busca plasmar un análisis que demuestra una confrontación entre dos concepciones de establecer un sistema de salud universal.

Para esta investigación se considera que la recolección de información documental es mecanismo elegido para apropiarse de la información y llevarla a un nivel de análisis del discurso para encontrar los niveles de tensión, contradicción, aceptación y en su caso implementación de una reforma, al parecer, de alcances menores a lo planeado originalmente.

Adicionalmente se debe recalcar una posición sobre el proceso no lineal de las reformas en salud, ya que considerar los procesos actuales como procesos de linealidad sin obstáculos aparentes es minimizar los alcances reales de una resistencia pasiva, que se marca por cambios en los niveles legales – institucionales, pero no alcanza los niveles operativos – prácticos del proceso diario en el cual están inmersas las personas y actores de la escala operativa.

Los resultados de la investigación, por lo tanto, consisten en una biografía del poder a través de los actores participantes, y la segunda conocer, analizar y comparar los discursos de los actores seleccionados visibilizando diferencias y las concepciones sobre el sistema de salud

En una recapitulación sobre el proceder metodológico que vamos a utilizar, empezaremos por hacer una presentación de los actores gubernamentales, sus principales discursos o acciones, que sucedió en su periodo de trabajo.

Como se sabe, uno de nuestros principales objetivos de la tesis es conocer los distintos proyectos del sector salud en México, en su esfera de actores gubernamentales, a fin de conocer las dificultades para llevar a cabo una reforma de corte neoliberal como la pretendida al menos en los últimos tres sexenios gubernamentales de México, cuya verificación por ello ha sido por etapas, se ha fragmentado, cambiado sus intenciones y se ha encontrado con importantes obstáculos para seguir su trayectoria originalmente formulada.

Un segundo nivel metodológico es el trabajo para conocer los actores relevantes en el proceso de reforma al sector salud a través del recurso al que hemos denominado en esta investigación la biografía del poder. La intención con ello fue ubicar claramente que intereses están en juego detrás de los personajes que han participado en el proyecto de cada etapa de la reforma, cuál es su grado de poder y margen de acción política, para lo cual hemos recuperado el recurso de las matrices que hemos retomado de Garretón. El supuesto para ello es que los actores no rigen sus decisiones de forma unidireccional, sino que al interior vemos juegos de poder y una correlación de fuerzas que modifican de manera directa o indirecta la implementación de una reforma al sector salud en el marco del juego de poder general vigente para ese momento, de corte neoliberal. Esto quiere decir que más allá de pertenecer a un mismo gobierno las tensiones políticas y las posiciones sobre la dirección que debe tener el

sistema de salud, son contradictorias, en resistencia o encontradas con una sola propuesta de reforma o idea de reforma.

Para esta investigación es relevante presentar los actores que fueron seleccionados para ser. Empezaremos con hacer algunas aclaraciones y encuadres explicativos sobre la manera en que seleccionamos a los actores con los que se trabajó, así como explicar los motivos de las exclusiones. Se excluyó de esta investigación a todo actor que no estuviera en el ejercicio de un cargo público gubernamental en el periodo de análisis, puesto que la tesis sólo se propone conocer el discurso de éstos. Para ello realizamos una primera definición para el encuadre, buscando en periódicos a los más relevantes en su presencia tanto en notas informativas y posición en el sector.

De los actores seleccionados el criterio fue que existe una periodicidad en su ejercicio en el puesto desempeñado, e incluso que algunos mantuvieran una continuidad tanto en el periodo de diciembre 2012 a febrero de 2016 o de febrero de 2016 a junio de este año, cuando se cerró la recolección de información en esta investigación. Con ello consideramos que la selección realizada es suficiente para lo que nos interesa observar, es decir, a quienes son los principales actores gubernamentales que están tras la reforma, en este periodo, cuáles son sus posiciones y contradicciones entre quienes impulsan un tipo de reforma, otras, o se oponen a cualquiera de ellas, o impulsar cambios sustanciales en las propuestas para tener un mayor juego de pesos y contrapesos de poder.

Basado en esas condiciones se elaborará la matriz de los actores que será la forma de agrupación de estos y la forma en que los ubicamos.

Para concluir la metodología, se realizó una sistematización y análisis de los documentos que se fueron presentando para reformar al sector salud.

En relación con las fuentes de información, cabe destacar que una parte importante de la información fue solicitada vía el portal de transparencia e información pública, dando como resultado la obtención de un amplio número de documentos a los que no se habría tenido acceso por otra vía.

Como segunda estrategia la búsqueda de información se realizó a través de medios de comunicación, manejados en forma cuidadosa a través de un proceso de cotejo que nos permitiera concluir el uso de noticias verídicas y no falsas, en los amplios vacíos de información disponible. En este sentido se ha tenido que hacer una ampliación de búsqueda en fuentes de información de habla inglesa.

Uno de los elementos que nos ayudaron a dar sentido y coherencia al trabajo que realizamos fueron los niveles de recolección de información y validez de esta; los cuales hemos agrupado en tres grandes bloques:

- *Información relevante*: Es aquella que nos dio un nivel de análisis susceptible de comparación, que puede mostrar las categorías que hemos seleccionado y nos permitió analizar los discursos.
- *Información aceptable*: Donde pudimos tener algún tipo de comparación y observar alguna de las categorías que tenemos seleccionados.
- *Información irrelevante*: información que se descartó por no ser relevante para comparar y donde las categorías no alcanzan a ser visibilizadas.
- *Sin Información*: Adicionalmente la categoría sin información, es aquella que en la recolección de la información no fue compatible con lo que buscado y los fines de la investigación.

Capítulo VII. Operacionalización

La operacionalización de la investigación depende de dos elementos básicos la creación de categorías de análisis que retomamos desde el aspecto teórico para el proceso de recolección de la información que se utiliza y el segundo es la articulación de las categorías de análisis con la información recolectada y los actores existentes. Esto nos lleva a poder hacer análisis del discurso de manera más clara y objetiva la presentación de los resultados que se obtuvieron. La operacionalización, nos ayuda a que las etapas que se han llevado a cabo para ir hilando las partes de la investigación en apartados que localizan la información y las ideas que estamos planteado de manera de una exposición ordenada de los resultados. Así primero se observará como primer actor, a Enrique Peña Nieto en dos momentos como candidato y como presidente constitucional; posteriormente se presenta a la Secretaria de Hacienda y Crédito Público; después a la Secretaria de Salud; Instituto Mexicano del Seguro Social; Instituto de Seguridad y Servicios Social de los Trabajadores del Estado y Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Por último, se presenta un actor externo que consideramos necesario incluir como es la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

En nuestra postura damos como comprensión teórica que existen dos nociones de *Universalización o Cobertura Universal*²¹ las cuales nos marca Laurell con gran claridad;

- A) Como afiliación a un seguro sea este de seguro social laboral, el público parcialmente subsidiado por el fisco para los no – derechohabientes o el privado.
- B) Reconociendo a la salud como una necesidad humana universal, transhistórica y básica que constituye una condición de una vida digna y la participación social plena (Laurell: 2012: 284).

Para poder comprender nuestros elementos teóricos como categorías de análisis tenemos que visibilizar las siguientes categorías que vamos a buscar en los discursos y que consideramos serán sobre lo que se buscará en las propuestas de reforma al sector salud en México. Entre las estructuras relevantes que componen el modelo de reforma, consideramos lo que proponen los actores sobre las siguientes variables:

²¹ Para esta investigación estas dos concepciones se toman como sinónimos.

Portabilidad:

Entendida como “el acceso a cualquier institución de salud sea pública o privada mediante la firma de convenios de colaboración e intercambio de servicios. Esto a su vez implica que estarán definidos los costos y formas de pago de las intervenciones” (Laurell: 2012: 288). Esta acepción nos remite a comprender que vamos a visibilizar un proceso de separación de funciones que permitirá hacer palpable los procesos de mercantilización de la salud.

Convergencia de los servicios de salud:

Será el proceso de “establecer protocolos estandarizados de costo y tratamiento, sin que esto signifique la integración de los servicios públicos en un sistema universal de salud, esto apuntaría a establecer los costos de las intervenciones que eventualmente formarían el paquete básico y prepararían el terreno de los seguros complementarios” (Laurell: 2012: 289).

Se entiende por “convergencia dinámica desde todos los puntos de partida. Al hacerlo, el pluralismo estructurado otorga una atención cuidadosa al establecimiento del equilibrio de fuerzas necesario entre los diversos actores en el sistema. Así, las OASS tienen que alcanzar un delicado balance entre los incentivos para la contención de costos, implícito en los pagos por capitación, y el imperativo de satisfacer a los consumidores, alentado por la libertad de elección (Londoño y Frenk:1997: 22).

En este caso podremos acercarnos a dos momentos de comprensión de la descentralización de las funciones sustantivas de salud y llegar a elementos de una competencia regulada en el sector salud.

Financiamiento:

Para alcanzar un sistema universal de salud las fuentes de financiamiento serían “básicamente con recursos fiscales que requerirían de un incremento programado destinado a la inversión y el cuidado directo de la salud (...) El incremento necesario y programado de recursos fiscales debería basarse en impuestos equitativos y progresivos con corrección de esquemas regresivos. Es decir, la reforma fiscal no se sustenta en impuestos sobre el consumo, sino en

impuestos sobre aquellos grandes capitales que actualmente pagan una tasa muy baja (Laurell: 2012: 292 y 293).”

Por financiamiento se entiende que el “diseño financiero involucra varias decisiones clave que determinan la estructura de los incentivos en el sistema, tales como el uso de fondos públicos en los paquetes de beneficios (especialmente si son por mandato de ley); los montos de los pagos por capitación y sus posibles ajustes por riesgo; los techos presupuestales para el sistema en su conjunto; las fórmulas para la asignación de recursos entre las unidades territoriales, los niveles de gobierno y las instituciones no gubernamentales, y el uso de instrumentos de política, tales como los impuestos y los subsidios, que buscan modificar el comportamiento de la población” (Londoño y Frenk: 1997: 19 y20).

Equidad:

Uno de los conceptos más complejos que podemos usar es el de equidad, primero porque el concepto de equidad “reemplazó al de igualdad y se situó en el centro del discurso y la acción pública que -junto a otros- permitió desarticular importantes estructuras sociales institucionales como la seguridad social y las atenciones médicas (Tetelboin: 2015:11). Así el concepto de equidad en un sistema universal de salud de Derechos se comprende; “como la equidad, entendida como la no discriminación en los servicios” (Laurell y Cisneros: 2015: 55).

Por otra parte, la “equidad se practica aplicando los principios de finanzas públicas, eliminando las barreras de segregación y desalentando la competencia con base en la selección de riesgos. Al mismo tiempo, la justicia en la remuneración se promueve mediante el ajuste por riesgo en los pagos capitados y el reconocimiento del buen desempeño” (Londoño y Frenk: 1997: 23).

Capítulo VIII. Fundamentos de la reforma en Salud.

Vamos a presentar un documento que nos parece sumamente relevante para cerrar el tema de operacionalización y contextualizar el proceso de reformar el sector salud en México, si bien no tenemos la fecha exacta de publicación es un documento que su estructura y lógica está presente cuando se quiere hablar de una reforma del sistema de salud y los documentos que se dan. Nos hemos basado en la propuesta del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), una de las instituciones públicas de educación superior e investigación que mayor influencia ha tenido en el diseño de las políticas públicas, algunas de las partes de cuyo un estudio fue presentado por la administración de Peña Nieto, en el modelo de reforma al sector salud.

Esto nos da ese punto de vista, donde podemos distinguir actualmente el debate de dos grandes modelos. El primero orientado a los objetivos del derecho a la salud aludida, al que se ha denominado 1. Sistema universal por derechos. y el segundo 2. Acceso universal por aseguramiento.

Rectoría La propuesta permite ordenar las funciones de diseño y conducción de la política pública en salud. Al efecto, comprende una reorganización de las funciones rectoras que permitan diferenciar la definición de los objetivos y las metas, la fijación de las prioridades, el diseño normativo para la ejecución de la política pública, así como la recopilación y análisis de la información sobre el funcionamiento del sistema, de las funciones propias de la gestión de recursos. Por otro lado, también se consolidan las bases para el establecimiento de mecanismos que permitan homologar la calidad de los servicios de salud.

En otras palabras, se sugiere un desdoblamiento de las funciones de rectoría que permita distinguir los servicios de salud pública a cargo de la Secretaría de Salud de forma exclusiva, de los servicios personales de salud en el marco del Sistema Universal de Salud, bajo la rectoría compartida de la Secretaría de Salud y del Consejo de Salubridad General como se explica a continuación. En ambos casos, se definen las autoridades responsables de su conducción en sus distintos niveles. La conducción del Sistema Universal de Salud estaría a cargo de dos órganos de gobierno con funciones claramente diferenciadas. Por una parte, tendríamos la función rectora de la Secretaría de Salud, a la cual le correspondería establecer el marco normativo del Sistema Universal de Salud, así como establecer las líneas generales de política pública a través de la concentración y análisis de la información disponible (Caballero, Moctezuma, Maqueo: SF: 5 – 11).

Podemos señalar que el sentido de reforma del sector salud de Peña Nieto, se enmarca en el modelo del pluralismo estructurado creando una red estructurada de pasos diferenciados para

hacer cambios completamente desfavorables a las instituciones públicas de salud; la lógica de Peña Nieto, en sus reformas fue la profundización de elementos nodales de la economía de mercado o en la lógica neoliberal menos Estado más mercado que ha generado distorsiones sociales e inequidades flagrantes en la sociedad mexicana.

El modelo de financiamiento propuesto implica el tránsito de una reforma hacendaria que cobre el Impuesto al Valor Agregado a alimentos y medicamentos, esto evidentemente tendrá una serie de consecuencias graves y profundas en el marco de las desigualdades sociales que se viven en el país, además de que no logra ser una reforma de corte redistributiva, ya que en principio quienes tienen menores ingresos destinan una mayor parte de sus gastos a los alimentos y medicamentos, mientras que a mayores recursos es menor la proporción de consumo en estos rubros.

La competencia entre el sector público y privado en la prestación de los servicios de salud es otro de los elementos susceptibles de crítica bastante profunda, primero porque el sector público -en materia de salud- se ha visto mermado en cuanto a sus ingresos, capacidad de gestión financiera y tiene una infraestructura y equipamiento que no ha sido adecuado o actualizado según las condiciones de uso y elementos que lo componen; el sector privado primero tiene menor saturación costos más elevados y no ha generado una autosuficiencia entorno a padecimientos de enfermedades crónico no transmisibles, es decir lo más costoso de la atención solamente lo atiende cuando hay un pago de por medio y se libera de atenciones y entrega de medicamentos, esto quiere decir no se compete en condiciones igualitarias, el sector público inicia con una gran desventaja sobre el privado.

Todo esto bajo la premisa de que la separación de funciones y la libre competencia aumenta la cobertura de salud, lo cual también es falso; esta serie de elementos marcan nada más la lógica financiera y de mercado de Peña Nieto y su forma de gobierno en el que privilegia los aspectos del pluralismo estructurado en salud y olvida la base necesaria de que el acceso a la salud es un bien básico de toda sociedad y su manera de acceder a él o limitarse marca el sentido social de la administración que desea encabezar.

Apartado II: Resultados

En este apartado vamos a trabajar los resultados de la investigación que hemos planteado, nos antecedieron elementos constitutivos de la reforma en materia de salud que el gobierno de Peña Nieto, en su momento intento implementar. Aquí pongo acento que nada más nos quedamos en el diseño y propuesta de una potencial reforma al sector salud por parte de Peña Nieto, el comprender que más allá de un gobierno y hay una lógica dentro de los gobiernos neoliberales para crear estructuras paralelas de salud, siendo esta de orden privada y no tiene ningún sentido de lo público, fue una de las premisas de las que partimos.

Otro sentido que se va encontrar es una matriz de actores la misma va a tener un proceso de explicación; basta decir que se alineó la matriz siguiendo elementos puntuales para nuestro análisis y que en ambos sentidos diera relevancia, podemos decir que la búsqueda de información no fue nada sencilla, ya que la lógica de hablar en materia de salud en la administración de Peña Nieto, nada más fue de manera muy espontánea en momentos donde se daba una conmemoración, el resto de los elementos fueron nulos o casi nulos, en este proceso de la creación de la matriz salieron actores e ingresaron actores aunque algunos que simplemente por su encargo siempre estuvieron presentes.

Damos paso a presentar el cuadro con las matrices que lo integran en la parte final de cuadro hay una explicación detallada de su significado y cómo fue su ingreso de los actores, así como el proceso de seguimiento que se hizo y la manera de recolectar la información, la cual fue esencial para la construcción de este apartado.

MATRIZ CONSTITUTIVA**MATRIZ CONFIGURATIVA**

Mercedes Juan
2012 – 2016

Mercedes Juan, es una política mexicana con una trayectoria relevante en el PRI, es muy cercana al grupo político del Dr. Guillermo Soberón, uno de los mayores artífices de la reforma en salud en México. Mantiene una buena relación con el Dr. Julio Frenk, ex secretario de salud y quien hizo el pluralismo estructurado; una de sus principales funciones fue ocupar la Secretaría Ejecutiva de FUNSALUD y encabezar las propuestas hacia la universalización del sistema de salud.

José Antonio
González Anaya
2012 - 2016

Se le asocia con el PRI, aunque esto es erróneo, es un personaje apartidista. Su desarrollo profesional se ha dado en la esfera de las finanzas nacionales, sector en el cual ha tenido bastante reconocimiento, es de los pocos que ha pasado de los sexenios panistas al priista. Se le asocia con una fuerte cercanía a José Antonio Meade. Su estancia en el IMSS fue capitalizar al instituto.

Mikel Arriola
2016

Es un personaje de definición política tardía, pertenece a la tecnoburocracia, su formación es similar a la de González Anaya, tiene una trayectoria de servicio en el área de las finanzas públicas, su primera designación en temas de salud fue la COFEPRIS, a la cual posicionó de manera importante; se especula que su función en el IMSS será promoverla como la mejor prestadora de servicios de salud.

José Narro
2016

Perteneciente al PRI, es un hombre que ha trabajado de cerca con dos corrientes dentro de los estudios de salud, al Dr. Guillermo Soberón y con el Dr. Juan Ramón de la Fuente. Desde la Rectoría de la UNAM ha impulsado una versión alterna para cambiar el sistema de salud; sin ser público es un crítico férreo a la propuesta de FUNSALUD.

Sebastián Lerdo
de Tejada
Luis Godina
2012 - 2015

Miembros del PRI, con probada militancia en el partido, fueron seleccionados para escribir el Plan Nacional de Desarrollo y diseñar algunas de las políticas públicas que se implementarían. Se sabe, extraoficialmente, que su idea era impulsar desde el ISSSTE las propuestas de Santiago Levy, en contraste con la idea de Mercedes Juan, su repentina muerte cambió todo el esquema de trabajo previsto.

		<p>José Reyes Baeza 2015 - 2016</p>	<p>Político priista, ex gobernador de Chihuahua, correligionario de Peña Nieto y aliado con él desde un grupo político, este fue el mérito para ser designado primer en la dirección del FOVISSSTE y a la muerte de Lerdo de Tejada director del ISSSTE, se desconoce sus posturas entorno al sector salud.</p>
<p><i>Luis Videgaray</i> 2012 – 2016</p>	<p>Es un político del PRI, su mayor virtud es haber sido uno de los principales operadores políticos del presidente Enrique Peña Nieto para conseguir la presidencia de la república en 2012; está ligado a Pedro Aspe y Carlos Salinas como sus principales padrinos políticos. Se desconoce su postura en el tema de salud.</p>	<p>Gabriela O’Shea 2012 - 2016</p>	<p>El actual Comisionado Nacional del Seguro Popular, es toda una interrogante en materia política es priista; cercano al presidente Peña Nieto, destacamos que fue su secretario de salud estatal. Podemos decir que se apuesta en materia de reformar al sector salud va con las ideas de FUNSALUD; extraoficialmente se le considera lejano al actual secretario de salud federal.</p>

En la matriz constitutiva hemos seleccionados a los actores²² con el peso político suficiente para impulsar los cambios a una reforma constitucional y también con el cargo adecuado para poder llevarlo a cabo en los términos que marca la legislación mexicana.

La matriz configurativa, son los actores que hemos detectado tiene un grado muy bajo de poder para influir y capacidad en la presentación de propuestas tendientes a reformar el sector salud en México. Hemos seleccionados a estos actores, porque su nivel de poder está en obstaculizar o apoyar la reforma desde su esfera que es la de atención directa a la población,

²² Aclaremos que el presidente Enrique Peña Nieto, será utilizado sin estar inscrito en una matriz, ya que el peso de él es mayor y tiene otro nivel en el juego de poder.

la que maneja los recursos económicos y la que tiene las bases de trabajadores en mayor cuantía.

Una vez que les presentamos a los actores y hemos explicado el porqué de la ubicación de cada uno de ellos, procedemos hacer un encuadre de cómo trabajamos con los actores en la recolección de la información.

Los actores que seleccionamos hicimos un trabajo de delimitación tanto espacial (tiempo) como de su función en el gobierno, este tipo de delimitación nos sirve para avanzar en materia de búsqueda de información con relación al tema de la investigación. Pasamos entonces del momento donde puede acceder y llevar a cabo una acción determinada, al punto donde ya no seguimos su trayectoria por un cambio en las instancias del gobierno federal y donde su función queda anulada. El nivel de espacialidad tiene que ver con la idea de delimitar los tiempos de la investigación, sobre todo en función de que el periodo para la recolección de la información termina antes de que concluya el sexenio.

Así los fuimos seleccionando a los actores en relación con estos dos momentos, se solicitaron mediante transparencia los discursos -tal como se habían elaborado-, presentaciones o fichas de carácter informativo. En el caso del IMSS, ISSSTE, Seguro Popular y SHCP la respuesta fue positiva, aunque muy limitada en la información que se recibió. En el caso de la Secretaría de Salud, fue negativa la respuesta, no se entregó información que realmente fuera útil, por lo que se desechó toda la parte de transparencia y hemos optado por una búsqueda en medios electrónicos, consideramos que este tipo de datos son válidos, aunque señalamos que la información de primera mano hubiese sido excelente y de mayor utilidad.

En la siguiente parte lo que se va a observar es; primero desarrollar una biografía del poder detallaremos la posición de los actores seleccionados y su posición frente al tema de salud, en ese sentido marcaremos a los que no tienen una posición clara en materia de salud (que su función es en la tecnoburocracia, o en un cargo por relación política) para poder darles un menor peso a sus discursos.

Quienes tienen una posición clara vamos a tomarlos y vamos a confrontar sus propuestas, desde el análisis del discurso, para esta investigación será relevante observar cómo varía la visión del presidente Peña Nieto, en materia de posicionar el tema en sus discursos, como

carga hacia un lado determinado su propuesta o la confronta, la esencia de un juego de poder, donde se visibilizan las tensiones y se dan cada vez más las confrontaciones que se pueden plantear desde la esfera del poder y los actores que están jugando.

Ha sido procesada de documentos no oficiales y medios de comunicación, hacemos esta advertencia como una forma de establecer que el primer límite durante la recolección de información fue la baja difusión del tema y la secrecía con la cual se resguardó la misma.

Cabe destacar y probablemente señalar que la búsqueda, recolección y sistematización de la información fue compleja, dado que las acciones gubernamentales fueron bajando el perfil al tema hasta casi extinguirlo, podríamos suponer que esto se debe a que no fue prioritario dado el contexto en que se desarrolló su sexenio.

Capítulo IX. Propuestas y discursos en campaña 2012

A continuación, vamos a presentar las propuestas realizadas en campaña por Enrique Peña Nieto, a través de su libro *México. La gran esperanza*. Publicado en 2011 y como base de toda su campaña y gobierno se desprende las reformas que en su momento propondría. Adicionalmente en este rubro hacemos una puntualización, se seleccionó únicamente a Enrique Peña Nieto, la razón metodológica es que la tesis inició en 2014, y queríamos ver la evolución de su pensamiento y discurso entre la campaña y el acto de gobierno, aquí algunos extractos que encontramos:

“Debemos construir un *Sistema de Seguridad Social Universal* que otorgue un piso de protección social básico y gratuito a todos los mexicanos. Este sistema debe incluir cuatro elementos fundamentales: **acceso efectivo a los servicios de salud**, pensión para la vejez, seguro de desempleo y seguro de riesgos de trabajo. **El nuevo sistema de seguridad social universal debe integrar el hoy fragmentado sector salud para alcanzar dos objetivos. Primero, evitar que se dupliquen los servicios para poder reducir el costo total del sistema. Segundo, que los usuarios puedan decidir la clínica y el médico de su elección**” (Peña: 115: 2011).

“El nuevo sistema deberá ser financiado gradual y mayoritariamente por impuestos generales. Esto remplazaría al método actual de financiamiento vía impuestos, cotizaciones y gastos de bolsillo. De esta forma, toda la población, sin excepción, tendría pensión y acceso efectivo a la salud, al mismo tiempo que dejarían de existir los incentivos para ingresar o permanecer en la economía informal, lo que aumentaría la calidad de los empleos, la productividad y el crecimiento económico” (Peña: 116: 2011).

Esboceamos, como Enrique Peña Nieto se plantea, al sector salud basados en los documentos de campaña: “el acceso a la salud y a la seguridad social para que sean una realidad para cada mexicano se puede conseguir a través de un nuevo sistema de seguridad social universal que garantice a toda la población un piso básico de protección social, este nuevo sistema universal deberá ser financiado progresiva y mayoritariamente por impuestos generales, en lugar de

cuotas, como las que se pagan en el IMSS e ISSSTE que castigan el salarios de los trabajadores formales y el esfuerzo de los emprendedores.” (Peña: 2011: 116).

Una de sus críticas más agudas en campaña era sobre la configuración del sector en los sexenios del Partido Acción Nacional, “los gobiernos del PAN han optado por soluciones a medias crearon el Seguro Popular que, si bien ha permitido incrementar la cobertura en salud, lo ha hecho con una calidad deficiente. Además de mantener un sistema de seguridad social vinculado al mercado laboral financiado por cuotas como son el IMSS e ISSSTE, fomentado la informalidad, deteriorando la productividad y en consecuencia el crecimiento económico se ha estancado.” (Peña: 2011: 117).

Primeramente, queremos hacer notar que Peña Nieto, en campaña, habla de un sistema de seguridad social universal, esto relevante; ya que el primer actor en hablar más allá de una reforma al sector salud fue Santiago Levy Algazi (desde esa fecha y hasta la actualidad ocupa un cargo relevante en el Fondo Monetario Internacional). Una de las características discursivas para operar y diseñar cambios a la seguridad social -más que el sector salud-, es que el elemento central es la competitividad económica; fortalecer el empleo formal y combatir la informalidad y precariedad laboral.

Retomo la cita que hace Peña Nieto a Levy Algazi: “Además, como ha argumentado Santiago Levy en diversas publicaciones, la coexistencia de dos esquemas de protección social fomenta la economía informal. Por un lado, se cobran cuotas a los trabajadores y a las empresas del sector formal para financiar a las instituciones de seguridad social, lo que en la práctica se traduce en un “impuesto” al trabajo formal que llega alcanzar hasta el 35% del salario de un trabajador. Por el otro lado, se subsidian, con impuestos generales programas sociales gratuitos, o a un muy bajo costo, para los no derechohabientes, como es el caso del Seguro Popular” (Peña: 114 y 115: 2011).

Se debe remarcar que la idea de Levy Algazi, choca con la idea de otro grupo relevante FUNSALUD (principalmente con su operador más visible Julio Frenk Mora), ya que la implantación del modelo de Levy, rompe completamente con la formulación del modelo que esta agrupación impulsa -pluralismo estructurado-.

Un segundo momento de la propuesta de Peña Nieto, tiene que ver con la necesidad de acercar la reforma a las ideas plasmadas por FUNSALUD, portabilidad de la atención, unificación del sistema de salud y evitar su fragmentación. Podemos decir que el tema de la unificación es un lugar común durante los diagnósticos que se realizan, ya que es un hecho que la actual fragmentación del sistema genera inequidades en materia de acceso a los servicios de salud, hay momentos de alta espera para recibir la atención y las partes de prevención y promoción se diluye en mero ejercicio cosmético.

Capítulo X. Propuesta y discursos de Enrique Peña Nieto (Presidente)

La propuesta de reforma que plantea el gobierno de Enrique Peña Nieto, se estableció a inicios del sexenio en el año 2013 en el Plan Nacional de Desarrollo y posteriormente en el Programa Sectorial de Salud, estos elementos los consideramos previos al estudio de los discursos que presentó Enrique Peña Nieto, como candidato y como presidente, una vez que no se pudo plasmar a una reforma estructural constitucional.

En materia de salubridad, el objetivo es **asegurar el acceso a los servicios de salud**. En otras palabras, se busca llevar a la práctica este derecho constitucional. Para ello, se propone fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud y promover la integración funcional a lo largo de todas las instituciones que la integran. Asimismo, se plantea reforzar la regulación de los establecimientos de atención médica, aplicar estándares de calidad rigurosos, privilegiar el enfoque de prevención y promoción de una vida saludable, así como renovar la planeación y gestión de los recursos disponibles. Todo lo anterior, cuidando una atención continua e integrada de los trabajadores sin importar su condición laboral.

Adicionalmente, se plantea **ampliar el acceso a la seguridad social** para evitar que problemas inesperados de salud o que movimientos de la economía puedan interrumpir historias de desarrollo personal. Una seguridad social incluyente permitirá que la ciudadanía viva tranquila y enfoque sus esfuerzos al desarrollo personal y a la construcción de un México más productivo.

Los esfuerzos para lograr un Sistema de Seguridad Social más incluyente también requieren de un uso eficiente de los recursos para garantizar la sustentabilidad de dicho Sistema en el mediano y largo plazos. Lo anterior, considerando la dinámica poblacional y epidemiológica. En este sentido, se busca la corresponsabilidad con los usuarios y reorientar las labores de planeación y operación para obtener mejores márgenes financieros a lo largo de la cadena de atención del Sistema (DOF:2013: 47 y 49).

Reformar el artículo cuarto constitucional para crear el Sistema Universal de Salud y no sólo el derecho a la protección a la salud.

- Elevar a rango constitucional la obligatoriedad de las entidades federativas para la comprobación de recursos transferidos por la Federación.
- Elevar a nivel de Ley General de Salud la Coordinación Interinstitucional.
- Crear un nuevo modelo de gestión de servicios de salud donde la Secretaría sea la rectora única.
- Desarrollar la capacidad resolutoria de la atención primaria a la salud, homogeneizando mediante una Norma Oficial Mexicana su dispersa práctica en el país.
- Priorizar la evaluación que indique la evolución en el gasto de bolsillo y la calidad de la atención.
- Establecer una figura ciudadana desde el primer nivel de atención. Garantizar la evaluación de un plan maestro de infraestructura que permita el acceso equitativo y efectivo de los servicios de salud de la población derechohabiente.
- Unificar los criterios del expediente electrónico y homogeneizar las guías clínicas.
- Considerar un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental y discapacidad.
- Instrumentar un tabulador único en la prestación de los servicios.
- Construir un Instituto Nacional de Calidad y Evaluación del Desempeño en todo el sector salud (DOF:2013a: 128).

Así la propuesta en materia de reforma al sector salud en materia del sexenio de Peña Nieto se estableció en los primeros documentos de gobierno formales que fueron en el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Sectorial de Salud, adicionalmente esta idea de propuesta para reformar el sector salud fue básica para los primeros esbozos del camino que se deberían seguir en el sector.

Para comprender de mejor manera las reformas del sexenio de Peña Nieto, es necesario poner hincapié en un documento de la OCDE²³, que orienta en gran sentido las ideas que se plasman en estos documentos de manera general pero que en el citado documento se observan con mejor detalle.

Si bien la reforma fiscal deberá ayudar a asegurar fondos suficientes para el sistema de salud, otra forma importante de abordar las nuevas necesidades de salud, de reducir los déficits de financiamiento y de asegurar una mejor protección financiera, es elevar la eficiencia y la calidad del gasto en salud. Uno de los mayores retos es mejorar la estructura y organización del sistema. La oferta de servicios de salud en México está aún fragmentada, con un sector privado grande y en su mayoría no regulado, y un sector público dividido en varias instituciones integradas verticalmente que financian y proveen atención médica, cada uno cubriendo a distintos segmentos de la población con diferentes regímenes. Conforme México continúe ampliando el paquete de beneficios del Seguro Popular, será fundamental propiciar ahorros administrativos y coordinar mejor la atención al atender la duplicación de la administración entre las instituciones y reducir el alto costo administrativo. Actualmente, la coexistencia de numerosos aseguradores integrados verticalmente y la falta de separación entre los aseguradores y los proveedores de servicios de salud a menudo significa que las instalaciones de atención médica se duplican en algunas áreas. México ya ha tomado algunas medidas para la integración de las distintas instituciones de atención de la salud. Derribar las barreras que actualmente existen entre las instituciones y desarrollar un sistema de salud de base amplia, con un solo paquete de seguro que se aplique a toda la población, mejoraría mucho la eficiencia en la prestación de los servicios de salud. Estos cambios de gran envergadura requerirán la reforma de los mecanismos de pago para premiar el buen desempeño; por ejemplo, vincular la remuneración a metas de desempeño, así como el financiamiento a la prestación de servicios. Otra medida importante sería fortalecer los sistemas de información compartida, así como la presentación de informes y la rendición de cuentas de todas las instituciones. Las reformas posteriores podrían relacionarse con los acuerdos de contratación entre proveedores e instituciones de financiamiento a fin de permitir a los pacientes tener acceso a servicios de salud por medio del proveedor más adecuado, dada su condición y ubicación, en lugar de hacerlo sobre la base de su afiliación institucional. Sin embargo, en la actualidad, la calidad y la cobertura de la prestación de servicios varía de manera marcada entre instituciones. La posibilidad de unir a las principales instituciones requerirá más que otorgar poder a los pacientes; requerirá también invertir en la fuerza laboral en el sector salud y realizar la transformación hacia un paquete común de servicios de salud basado en la evaluación económica de su eficiencia (OCDE: 2012: 154 y 155).

Así podemos comprender que las reformas en este sexenio se establecieron como parte de un acuerdo entre distintos actores internacionales y la administración de Enrique Peña Nieto,

²³ Se hace un apunte relevante, los actores internacionales no estarán dentro del análisis, pero su presencia se observa nítidamente en los documentos que sirven de guía para el diseño de las reformas en este periodo.

podríamos decir que la reforma en materia de salud, quedó plasmada de tal manera que no se alcanzó a llevar a cabo dentro del paquete de reformas estructurales, debido a la crisis de legitimidad del 2014 y a la fuerza de los movimientos sociales que generaron la mayor resistencia y demostraron que era complejo llevarlo a cabo. Sin embargo, como todo proyecto transexenal esta reforma se fue materializando por segmentos y quedó en latencia para un momento donde se pudiera imponer con actores que seguramente pueden aparecer nuevamente. En este sentido lo que vendrá en la siguiente parte de este documento es el análisis del discurso de actores relevantes para intentar impulsar esta reforma o al menos algunos segmentos de ella.

En abril de 2016 Peña Nieto lanzó y atestiguó la firma del Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud, con el que se crea un marco de cooperación que conducirá gradualmente a la universalización y portabilidad de la atención médica en el país.

En su etapa inicial se han acordado 14 intervenciones como resonancias magnéticas o cuidados intensivos de recién nacidos, niños y adultos que podrán ser atendidas indistintamente por las instituciones del sector.

El Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud, fue signado por la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y los Gobernadores de Baja California Sur, Estado de México y Oaxaca, las tres primeras entidades en adherirse al Acuerdo.

Peña Nieto lo presentó de la siguiente forma; “se crea un marco de cooperación que nos conducirá gradualmente a la universalización y portabilidad de la atención médica en nuestro país. Dicho de otra manera, este Acuerdo es el primer gran paso para que un paciente tenga acceso a los servicios médicos que requiere, independientemente de la institución de salud o de seguridad social a la que pertenezca. Crea una nueva forma de coordinación entre la Secretaría de Salud, las instituciones federales de seguridad social y los prestadores de servicios de salud en las entidades federativas con un enfoque de transversalidad y de derechos humanos”.

Precisó para instrumentarlo adecuadamente, “se firmarán convenios específicos de colaboración a fin de lograr una mejor utilización de la infraestructura hospitalaria, el uso ordenado de los recursos financieros y el óptimo desempeño del capital humano”.

El Acuerdo, los prestadores de servicios de salud federales han acordado 14 intervenciones como resonancias magnéticas o cuidados intensivos de recién nacidos, niños y adultos que podrán ser atendidas indistintamente por las instituciones del sector.

Las 14 intervenciones son:

1. Cuidados intensivos de adultos (día estancia).
2. Cuidados intensivos pediátricos (día estancia).
3. Electroencefalograma.
4. Electromiografía.
5. Mastografía.
6. Potenciales evocados (visuales).
7. Pruebas de esfuerzo.
8. Rayos X.
9. Resonancia magnética.
10. Unidad de cuidados intensivos neonatales (prematurez).
11. Ultrasonido.
12. Atención del parto y puerperio fisiológico.
13. Cesárea
14. Histerectomía.

Capítulo XI. Análisis de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2014-2016)

La selección de Luis Videgaray se da por diversos motivos: el primero es el hecho de ser el artífice de la campaña de Enrique Peña Nieto a la presidencia, durante este proceso tuvo acceso al diseño y selección de las políticas públicas que confeccionarían el sexenio y por ende las reformas estructurales y el peso que llevarían ante el congreso.

Una segunda condición es que fue el artífice²⁴ del pacto por México, la forma de legitimar ante los líderes de los distintos partidos políticos a Enrique Peña Nieto como presidente y la manera de avanzar desde la configuración de su gobierno y las reformas que consideraba como básicas para la implementación de las políticas públicas que había pensado.

El tercer nivel que le confiere un status privilegiado es ser el consejero de mayor confianza del actual presidente, esto le da la posibilidad de tener el derecho de picaporte y aconsejar en cualquier esfera de toma de decisión gubernamental.²⁵

El cuarto -y último- punto no es menor, el Dr. Videgaray fue Secretario de Hacienda y Crédito Público del 1 de diciembre de 2012 al 7 de septiembre de 2012 (dentro del periodo de análisis), este cargo le confiere una pieza fundamental para entender el entramado de los recursos fiscales que recibía la Secretaría de Salud y su destino principalmente en el Seguro Popular y la repartición a las entidades federativas. A su vez, es relevante por la relación estrecha que tiene con la Subsecretaría de Programación y Presupuesto de la Secretaría de Salud, y con la Unidad de Análisis Financiero de la misma dependencia, lugares donde se direcciona el gasto se establecen prioridades y el costo de la atención que van a recibir en los hospitales públicos federales.

²⁴ Un elemento esencial para entender el pacto por México fue la cercanía de Manuel Camacho Solís y Jesús Ortega con Luis Videgaray posterior a las elecciones del año 2012, evitando caer en un conflicto post electoral de amplia repercusión, se acordó un impulso de reformas con el apoyo e interés de todas las fuerzas políticas.

²⁵ Esto quedó de manifiesto en agosto de 2016, ya que en ese momento invitó al candidato presidencial de Estados Unidos, Donald Trump, por encima de lo que había establecido la secretaria de relaciones exteriores, Claudia Ruíz -Massieu.

Estos cuatro puntos hicieron del Dr. Videgaray uno de los actores centrales dentro de la matriz constitutiva y un actor relevante para seguir sus discursos en materia de reforma al sector salud en México.

La selección de Luis Videgaray obedeció en muchos sentidos a ser un personaje clave, un actor sumamente relevante y que podríamos extraer de él una gran cantidad de información.

Sin embargo, después de la solicitud de información vía transparencia, la búsqueda en el portal gubernamental (.gob), y búsqueda de noticias relacionadas; solamente podemos presentar dos documentos como información indirecta que vamos a presentar dentro del rubro de información irrelevante, aun así, consideramos necesario presentar como una *no postura* la que tuvo de manera activa el Dr. Videgaray.

Asumimos desde este punto que presentamos un análisis básico de notas que se fueron presentando a lo largo del periodo. Esto nos sirve para presentar algunos conceptos básicos de la dirección que puede tomar el sector salud con las ideas de reforma.

El primer documento que se tuvo que desechar fue uno recibido por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en virtud de que exclusivamente se tocó el tema de pensiones y en ningún momento se habló de cambios en el sector salud.

- El siguiente documento que vamos a retomar es el comunicado de prensa 077/2013, publicado el 25 octubre de 2013, mismo que se puede consultar en el siguiente enlace: <https://www.gob.mx/shcp/prensa/comunicado-de-prensa-077-2013?idiom=es>.
- El segundo es un artículo que publican en conjunto el subsecretario de Ingresos Dr. Miguel Messmacher Linartas y el subsecretario de prevención y promoción de la salud Dr. Pablo Kuri, publicado en el diario milenio, nuestra consulta fue en el siguiente enlace: <http://www.gob.mx/shcp/documentos/articulo-del-subsecretario-de-ingresos-shcp-y-del-subsecretario-de-prevencion-y-promocion-de-la-salud-ssa-publicado-en-milenio>.
- El tercer artículo es publicado por el subsecretario de egresos publicado en el diario el economista, este fue consultado en la siguiente liga: <http://www.gob.mx/shcp/documentos/articulo-del-subsecretario-de-egresos-publicado-en-el-economista>.

“Mediante la aprobación de la reforma al artículo 4º se reconocen de manera expresa y a nivel constitucional *los derechos fundamentales de los adultos mayores*, estableciendo la obligación del Estado mexicano de proteger sus derechos; velar por que vivan con dignidad

y seguridad y *que reciban servicios de salud*; además de promover su integración social y participación en las actividades económicas, políticas, educativas y culturales de su comunidad, así como establecer mecanismos de prevención y sanción de todo tipo de violencia o discriminación en su contra” (Comunicado de prensa 077/2013).

“Para la Secretaría de Salud se aprobó una ampliación de 2,500 millones de pesos, destacando 1,065 millones de pesos para la atención médica de las personas que son atendidas en los institutos y hospitales a cargo de dicha secretaría” (Artículo Reingeniería del gasto público, prioridades y austeridad).

Podemos señalar que la posición política en los discursos que manejó el Dr. Videgaray fue nula la presencia del sector salud. Esto obedece, principalmente, a que la idea en materia de salud estaba englobada en la seguridad social y no propiamente una propuesta integral en salud. Si nos remontamos, al inicio del pacto por México, nos daremos cuenta de que la idea en general estaba ligada a la seguridad social y no en salud.

En el compromiso 1.1 Seguridad Social Universal, se habla de garantizar el acceso al derecho a la salud universal bajo un sistema de seguridad social universal que incorpora dos elementos sustanciales para el sector salud: la portabilidad de las coberturas para todos los asegurados y la elección del sistema público de salud. El segundo pilar fue la atención de males asociados a las enfermedades no transmisibles.

Sobre este último punto, versaron los trabajos desde la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, como lo hacemos notar en la matriz de discurso, desde la creación de impuestos, entrega de presupuestos para estos rubros.

Si bien, nos aporta poco, es necesario plantearlo, porque desde este punto es más sencillo comprender que la reforma al sector salud tuvo diferentes medios de aproximación y juego de los actores políticos.

Podríamos concluir este apartado con una idea mucho más puntual, la SHCP se dedicó a la parte de financiar el sistema de seguridad social, planteado en campaña bajo dos premisas básicas, una reformar el sistema fiscal para sostener los ingresos del sector salud, vía impuestos al consumo de alimentos y bebidas de alto valor calórico; y la contención de los

males asociados a las enfermedades no transmisibles (particularmente en temas de obesidad) vía encarecer los productos buscando que estas barreras impositivas modificaran estilos de consumo.

XII. Secretaria de Salud

XII.I 2014 – 2015 Mercedes Juan López

El caso de Mercedes Juan²⁶ (primera titular de la Secretaria de Salud federal) es particularmente singular.

Mercedes Juan, está alineada al grupo de Guillermo Soberón Acevedo²⁷, ha colaborado en diferentes áreas de la Secretaria de Salud federal y como legisladora federal. Su mayor aparición en el tema de salud fue su presidencia en FUNSALUD, cabe destacar que la propuesta que presentamos del Partido Acción Nacional en este periodo, concuerda con las ideas que ella venía manifestada abiertamente y choca con las propuestas que se maquinaban en el equipo de Enrique Peña Nieto, después de la campaña.

Uno de los elementos nodales para considerarla en la matriz constitutiva es que tenía el peso para presentar la reforma al sector salud en México, de hecho, en septiembre de 2014, lanzó en un discurso la posibilidad de trabajar una reforma constitucional del sector salud.

Es sumamente interesante observar cómo al momento de lanzar la propuesta no hubo como tal un respaldo del gabinete encabezado por Enrique Peña Nieto, por el contrario, se le vio en solitario, al plantear su propuesta, el grupo que la acompañó fue el Partido Acción Nacional (en el cual no milita) con una propuesta clara. Muy probablemente porque las bases de la propuesta de Mercedes Juan y el PAN se basan en lo planteado por FUNSALUD y su base ideológica que es el pluralismo estructurado.

Los resultados fueron muy claros para los meses de enero y febrero del 2015, la propia Dra. Juan enterró la reforma al sector salud; considerando la poca viabilidad política, la carencia de recursos y la falta de un diagnóstico que pudiera apoyarla para dirigir sus esfuerzos hacia la propuesta que había intentado lanzar.

²⁶ Se aclara que empezaremos Mercedes Juan Secretaria de Salud federal de diciembre de 2012 a febrero de 2016. Posteriormente trabajaremos con José Narro Secretario de salud federal desde febrero de 2016 y quien termina por abarcar el periodo de análisis.

²⁷ Uno de los principales actores en materia de salud desde la década de los 80's, se sugiere que es el impulsor de las políticas en materia de salud dictadas desde organismos internacionales.

Desde siempre se especuló que uno de los principales problemas fue la incompatibilidad de visiones sobre el sector salud que sostenía Mercedes Juan y el equipo cercano de Enrique Peña Nieto.²⁸

Otro elemento nodal para entender la designación de la Dra. Mercedes Juan, es la cercanía que tiene con varios grupos empresariales, entre ellos el de hospitales privados y aseguradoras.

Cabe destacar que la salida de la Dra. Juan sólo atañe al gabinete legal y no al ampliado al ser designada presidenta del Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de Personas con Discapacidad (CONADIS). Este nombramiento dentro de una entidad del sector salud se ha leído como una forma de presencia de la Dra. Juan en el proceso de reforma alejada de los medios de comunicación, a pesar de existir esta idea; nosotros sostenemos que en realidad está como una manera de no confrontación con el sector privado ligado a la salud.

En este punto quiero destacar que vía transparencia se buscó la información dentro de su periodo, la misma fue negada por la dependencia y se perdieron algunos puntos de acceso a la información, presentaremos una reconstrucción muy parcial de hechos mediante los documentos a los cuales se pudieron acceder. Mismo que consideramos una limitante, pero fue la dependencia que cooperó en menor medida para acceder a los documentos a pesar de ser información que no atendía alguna causal para no usarse.

Uno de los primeros elementos que vamos a usar es el Modelo Integral de Atención en Salud (MAI).

El segundo es la presentación que realizó la Dra. Juan en Perú en el año de 2015, titulado “Sistema Nacional de Salud Universal: Experiencia en México”. Este texto nos permite acercarnos hacia otro punto de análisis de la configuración del sistema de salud universal propuesto por la Dra. Juan.

²⁸ Se conoce de sobra que las ideas sobre salud y seguridad social del equipo de Enrique Peña Nieto, están ligadas a los principios postulados por Santiago Levy. Quien tiene una diferencia sustancial con quienes apoyan el pluralismo estructurado, esto tiene que ver con el financiamiento del sistema de salud. Mientras que el pluralismo estructurado se habla de un ente que regula este punto, proveniente de los fondos existentes. Levy a propuesta trabajar sobre mantener trabajo formal y hacerlo vía impuestos al consumo, esencialmente medicinas y alimentos.

El tercer documento tiene que ver con la presentación de un capítulo de libro, presentado por la Dra. Juan en el año 2015 sobre la necesidad de realizar una reforma al sector salud en México y los mecanismos que requiere para hacerlos.

La suma de estos documentos nos permitirá acercarnos más a las dos visiones encontradas en el momento de reformar el sector salud en México y sobre todo en la agenda como se fijaron dos posiciones totalmente opuestas para converger hacia un mismo fin. “En suma para el afiliado y sus beneficiarios, la portabilidad significa que podrán hacer efectivo, en cualquier lugar del país, el derecho y la garantía de la prestación de servicios de salud, fortaleciendo con ello, el derecho a la protección de la salud, contenido en nuestra Carta Magna. Y otorga la facultad a la Secretaría de Salud para la organización y funcionamiento de los servicios de atención médica, los criterios de distribución de universo de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura. En nuestro país para dar cumplimiento a los compromisos asumidos por el estado mexicano y alcanzar la cobertura universal en materia de salud, existe una cartera explícita de intervenciones dirigidas a la persona, las intervenciones en el campo de la salud, a la fecha se programan diversas fuentes de financiamiento federales y estatales, requiriendo asegurar y valorar el uso de estos recursos como bienes públicos en el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública” (Secretaría de Salud: 31 y 92: 2015).

Portabilidad de coberturas para evitar la duplicidad de los asegurados. Acceso equitativo entre sistemas. Estandarización en intervenciones cubiertas: (Calidad técnica y trato adecuado).

Sistema de salud universal. Individual; definido por un paquete de servicios universales, similar al que se usa actualmente CAUSES; los trabajadores de manera formal (IMSS E ISSSTE) seguirán recibiendo la parte suplementaria que les corresponde y con el tiempo las diferencias se irán eliminando. La cobertura en salud, estaría garantizada por un regulador de la parte financiera (Juan: 2015: S/P).

La posibilidad de que una persona se pueda atender en diferentes instituciones e intercambio de servicios, lo cual permite el acceso eficiente y oportuno a servicios de calidad.

Es importante señalar que en los documentos: Sistema Nacional de Salud Universal: Experiencia en México (Ponencia) y Sistema Nacional de Salud Universal 2013 – 2018 (Capítulo de libro), se menciona explícitamente la necesidad de una reforma de carácter constitucional (en especial al artículo 4 de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos)

para poder seguir avanzando. Sin embargo, es preciso señalar que esta reforma no se llevó a cabo, e incluso suscitó bastante polémica entre los diferentes actores políticos, ya que fue presentada poco después del cisma legislativo provocado por la necesidad de hacer avanzar la reforma energética y la baja legitimidad que tenía para ese momento –septiembre de 2014- el gobierno de Enrique Peña Nieto. Podemos aventurar que la necesidad de una reforma constitucional de esa envergadura era una empresa difícil de aceptar por el grupo cercano de Peña Nieto; y además era complejo para este grupo defender un cambio en materia constitucional del cual no todos estaban conformes, como ya hemos planteado en campaña e incluso en los primeros documentos de gobierno se habla explícitamente de un tema de seguridad social en dos ejes fundamentales: la portabilidad de coberturas aunado a una mejora en la calidad de los servicios de salud y el aumento de las tasas impositivas en productos de alta valor calórico para controlar ciertos males no transmisibles en materia de salud.

La imposibilidad de la Dra. Juan de seguir avanzando en este orden de ideas –advertimos- y sobre todo en una reforma de carácter constitucional llevó a la determinación de hacer un relevo en la secretaría de salud en el mes de febrero de 2016, un cambio bastante llamativo, por tratarse del ex rector de la Universidad Nacional Autónoma de México. El Dr. José Narro Robles²⁹ llegó precedido de un alto nivel de legitimación social, de una preparación para estar en un cargo con mayor peso en el gobierno federal, pero asumió la Secretaría de Salud como una plataforma política de gran peso que le sirviera para posicionarse política y socialmente como un hombre innovador y de visión al futuro.

Su primer acción, fue sumamente simbólica después de una reunión que sostuvo el presidente Peña Nieto con la gente de FUNSALUD (su predecesora había sido presidenta e impulsaba fuerte la agenda de FUNSALUD desde su posición en el gobierno), se determinó sacar del equipo de la secretaría de salud a todos aquellos que tuvieran algún pasado con esta institución se trabajó para tener un equipo cercano del ex rector de la UNAM y de gente

²⁹ Hago un acotamiento importante el Dr. Narro tuvo en todo momento aspiraciones presidenciales y la lógica de incorporarse al gabinete era en el sentido de tener el mayor número de reflectores y también de recursos, se especulaba por esas fechas una probable incorporación a la Secretaría de Educación Pública.

vinculada a la SHCP desde el punto de vista más técnico posible para formar una amalgama de eficiencia y eficacia que adelantara el tema de la universalización en México.

Cabe destacar que el Dr. Narro, en ningún momento habló de reforma al sector salud (dentro del periodo de análisis), este fue sustituido por un “acuerdo nacional hacia la universalización de los servicios de salud.” Presentado en abril de 2016. Puesto en marcha en completo silencio y por secciones para evitar un descontento en las bases sindicales, a finales del 2016 operaba en algunos centros hospitalarios y en algunas entidades federativas.

Poco antes de este lanzamiento existe una propuesta de reforma de febrero de 2016, presentada por una diputada del Partido Acción Nacional, en la cual menciona la necesidad de trabajar en una reforma de integración operativa de los servicios de salud, más no jurídica. Podemos asumir que las bases de esta propuesta de reforma no se tomaron de todo en cuenta, pero si el fundamento para realizar una reforma de menor calado, y sobre todo más viable de operar.

Durante septiembre de 2014³⁰ se presentó las líneas primarias para crear un Sistema Universal de Salud (SUS, fueron las siglas utilizadas para su difusión). Esta propuesta no tuvo nada que ver con las ideas iniciales sus principales impulsores fueron la entonces secretaria de salud (Mercedes Juan López) y el entonces subsecretario de integración y desarrollo del sector salud³¹ (Eduardo González).

El proyecto trazado era una copia exacta de las ideas de FUNSALUD, esto no debe sorprender, ya que ambos personajes habían sido presidentes ejecutivos -cargo más elevado- de dicha organización y desde esta fecha y hasta finales del 2015 pugnarán con fuerza para establecer las bases de la reforma al sector salud.

En la primera propuesta de reforma la entonces secretaria Juan, plasmó las siguientes ideas que exponemos.

³⁰ La propuesta de reforma al sector salud fue semanas antes de los hechos sucedidos en Ayotzinapan, Guerrero. Este hecho cambió dramáticamente el giro de los procesos de concertación política en el país, dañó la credibilidad presidencial y generó un clima de encono social que permanece hasta esta fecha 2016.

³¹ Es relevante señalar que esta subsecretaria se dedica más los asuntos políticos – financieros que a temas de salud y es considerada estratégica dentro del organigrama por las áreas que la integran.

- Definir intervenciones de salud como estándares de calidad y tiempos máximos de espera.
- Homologar la capacidad de respuesta en las instituciones, los protocolos de atención y lista de intervenciones médicas.
- Establecer la creación de una instancia que vigile el acceso a servicios de salud, a la cual se le otorgarán facultades para obligar a las instituciones a prestar servicios o a pagar el direccionamiento del paciente a un proveedor interno.
- Estipular la integración de la Comisión del Sistema Nacional de Salud Universal como es el Seguro Popular, IMSS, ISSSTE, así como las instancias rectoras: secretarías de Hacienda y Crédito Público, y de Salud.

Durante la búsqueda de aprobación de la reforma en materia de salud, la hoy exsecretaria Juan fue plasmando las ideas centrales que debería tener la reforma. Un ejercicio de esto fueron las múltiples presentaciones que se realizaron en distintos foros que extraemos para ir observando cómo era la idea general de su propuesta:

- Introducir garantías explícitas en salud
 - Definir intervenciones de salud que estarán sujetas a condiciones precisas para el acceso a servicios, incluyendo estándares de calidad y tiempos máximos de espera.
 - Homologar capacidad de respuesta de las instituciones.
 - Incrementar gradualmente la lista de intervenciones sujeta a la modalidad de “garantías explícitas.”
- Establecer una instancia que fiscalice y garantice el acceso
 - Crear una instancia que vigile el acceso a servicios de salud y que haga exigibles para los usuarios las garantías explícitas.
 - Otorgar a esta entidad facultades para obligar a las instituciones a prestar servicios o a pagar el direccionamiento del paciente a un proveedor alterno.

- Asegurar la independencia de esta instancia respecto a las instituciones prestadoras de servicios.
- Crear la Comisión del Sistema Nacional de Salud Universal
 - Integrar la Comisión del Sistema Nacional de Salud Universal conformada por las principales instancias prestadoras y pagadoras de servicios de salud (Seguro Popular, IMSS, ISSSTE), así como las instancias rectoras (SHCP y Secretaría de Salud).

Cabe destacar que esta propuesta tuvo un proceso de materialización a finales del año 2014. En un documento interno de Presidencia de la República se nota claramente la intención de crear una Comisión del Sistema Universal de Salud; plantear la repartición de los recursos y la forma de transparentarlos. Sin embargo, es preciso señalar que la misma no llega a concretarse en ese periodo, surgiendo el siguiente año un documento que será sumamente relevante para comprender los cambios que se plantean para reformar el sector.

En el documento “Modelo Integral de Atención en Salud” elaborado por la Secretaria de Salud en 2015; encontramos explícitamente las ideas centrales del pluralismo estructurado en cuanto a la conformación del sistema de salud:

“En la ruta a la creación del Sistema Nacional de Salud Universal que garantice a todo mexicano la protección a la salud, independientemente de su condición social o laboral, el acceso efectivo y con calidad a los servicios de salud, se requiere del diseño, desarrollo, implementación e institucionalización de un Modelo de Atención Integral de Salud, enfocado a contribuir a la homogenización de los servicios y las prácticas del Sector Salud, así como, optimizar los recursos y la infraestructura en salud, esto significa entender el Modelo como un factor de fortalecimiento de la Función Rectora del Sistema, que reafirma que el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios son responsabilidades compartidas entre diversos actores; pero el cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública, la Regulación y la Conducción del Sistema, constituyen responsabilidades exclusivas de la Autoridad Sanitaria.” (SS: 2015).

Podemos observar en este momento de la reforma la necesidad de presentar una propuesta sustentada en las ideas del pluralismo estructurado, que retoma la propuesta central de FUNSALUD³² y eventualmente poderla plasmar en una reforma con los elementos necesarios para poder implementarla en poco tiempo. Pero debemos señalar que el momento histórico en que llevaron a cabo este planteamiento fue en sentido estricto viable en el cálculo político y francamente malo en el sentir social. La primera razón es que, a la posterior aprobación de la reforma energética y la consolidación de las reformas estructurales, aumentó el descontento social hacia la figura presidencial -es de señalarse que, desde la victoria de Peña Nieto como presidente constitucional, existieron muchas voces que protestaron por la forma en que había obtenido el triunfo-. El segundo punto de tensión social fue la crisis de Ayotzinapa, Guerrero, la muerte de los estudiantes normalistas a manos de policías locales y la cuestionable intervención del gobierno federal, generó una crisis sumamente fuerte en materia de legitimidad con quienes existía una relación hasta entonces de cordialidad. El último momento que derrumba la credibilidad de Peña Nieto como presidente y fractura cualquier posibilidad de acuerdo son los constantes escándalos de corrupción tanto de él, de miembros de su gabinete y gobernadores de su partido.

Socialmente siempre ha existido una negativa a la reforma en materia de salud; podemos señalar que las críticas se orientan hacia la privatización del sector salud; la limitación de atenciones -como sucede con el *Seguro Popular*³³; y, por último, una escasez de medicamentos que compliquen el proceso de curación.

Cabe señalar que estas percepciones sociales, están perfectamente bien sustentadas; ya que, desde la década de los noventa, el discurso que ha propuesto este grupo se centra en la insistencia de establecer un costo a las intervenciones, con el fin de saber si este es acorde al fijado por el mercado privado en establecimientos de salud. Esto lo ha planteado con la consolidación de un esquema de paquetes mínimos en salud que sea homogéneo para toda la

³² Durante la investigación se estudió la propuesta de FUNSALUD. Sin embargo, esta tesis y su autor renunciamos a presentarla. Se sugiere que los lectores interesados consulten la propuesta que se planteó a inicio de este sexenio para una mayor referencia.

³³ El seguro popular da una atención limitada, a un catálogo de atenciones y procedimientos conocido como el CAUCES. Como mención especial es la carencia de tratamientos costosos como cierto tipo de enfermedades oncológicas e incluso crónico degenerativas.

población³⁴ sin medir su tipo de aseguramiento. La segunda parte es la separación de los fondos con los cuales cuentan los institutos de salud, en este sentido sería la joya de la corona para las aseguradoras privadas que buscan capitalizar estos recursos con una limitación en la cobertura -lo cual se logra con los paquetes de servicios-. En resumen, podemos afirmar que el nivel discursivo ha sido tan claro que la población puede identificar hacia dónde quieren dirigir el sistema de salud.

La conclusión de este periodo en la secretaría de salud se da el 8 de febrero de 2016, concluyendo con su encargo la secretaria Mercedes Juan, su equipo de trabajo³⁵ y paralelamente el director del IMSS, ISSSTE³⁶ y PEMEX, este cambio marca el fin de FUNSALUD como elemento rector de la reforma en salud, aunque el actual secretario tiene una cercanía con FUNSALUD, nunca ha ocupado un cargo en esta institución.

XII.II 2016 José Narro Robles

El Dr. Narro es un político y académico mexicano, afiliado al Partido Revolucionario Institucional. Ha tenido diferentes encomiendas en el gobierno federal, así como en la Universidad Nacional Autónoma de México. Podemos considerarlo como un hombre dentro del sistema con la habilidad de trabajar y reconvertirse desde la academia y la política como un puente entre diferentes instituciones y actores políticos y sociales.

El propio Dr. Narro ha tenido pasos fugaces por FUNSALUD, pero es necesario señalar que la concepción que tiene del Estado y de lo que propone como actuar gubernamental está alejado a las propuestas de FUNSALUD, partiendo por el hecho de que es de los pocos que no suscriben la idea del pluralismo estructurado.

Entre los elementos que podemos destacar del Dr. Narro, es que uno de los actores que más se preparó para estar al frente de una secretaria de Estado, aunque se especulaba que su lugar

³⁴ Es preciso señalar que tanto el IMSS, ISSSTE, PEMEX e ISSFAM tiene cobertura ampliada y una cuestión central es que los derechohabientes se verían afectados por una cobertura de este tipo de atención.

³⁵ El equipo de subsecretarios y jefes de unidad (nivel jerárquico equivalente o inferior a un subsecretario de estado) se dio el día 30 de marzo de 2016, justo un día después de que FUNSALUD presionara por impulsar su reforma.

³⁶ Esta entidad fue la primera en tener titular, esto en agosto de 2015, tres meses después del fallecimiento de Sebastián Lerdo de Tejada.

estaría en educación por ser de un mayor peso para aspiraciones políticas y dado su paso por la rectoría de la UNAM, sorprendió que su puesto fuera en la Secretaría de Salud, por su bajo nivel de visibilización y los problemas adyacentes para conformar una reforma al sector.

Una de las estrategias que ha seguido es no plantear como tal una reforma al sector salud, se decantó por un acuerdo que debía ratificar tanto el director del IMSS, ISSSTE Y SPSS, además de los gobernadores de las 31 entidades federativas y la Ciudad de México. Esta configuración la ha permitido tener un mayor margen de operación política, manejar en los medios una imagen de líder audaz que puede mantener o implementar las reformas estructurales con bajos niveles de conflicto social.

Es importante destacar que el Dr. Narro, ha sido tan cuidadoso de hablar de este tema que no podemos encontrar en los documentos o referencias sobre el mismo, durante 2016 (febrero a junio) se hizo un seguimiento a una serie de eventos y plática con medios de comunicación en los cuales estuvo presente el Dr. Narro, además de solicitudes vía transparencia e información en medios de comunicación, destacamos que jamás habló de una reforma siempre se refirió al “Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud”. Por esta razón haremos un análisis basado sólo en este documento. “La segmentación por grupos de población, es el origen y principal fuente de inequidad del sistema, tanto en términos de financiamiento como de acceso a los servicios, lo cual conlleva a una prestación de servicios de salud diferenciada en cuanto a cobertura y calidad, limitando la portabilidad del beneficio y la convergencia en la prestación de los servicios. Propugnar por el diseño y aplicación homogeneizados, de carácter interinstitucional, de guías de práctica clínica, protocolos de atención, grupos relacionados de diagnóstico (costos), expediente clínico electrónico y demás herramientas que coadyuven, a lograr en el mediano plazo, la universalización de los servicios de salud. Redefinir los mecanismos de coordinación del sistema de salud, para garantizar el uso ordenado de sus recursos financieros, la mejor utilización de la infraestructura hospitalaria y el óptimo desempeño de los recursos humanos, a fin de hacer efectiva y equitativa la protección de la salud para toda la población, mediante la celebración de convenios específicos entre las diversas instituciones del sector público, en los que se establecerán los compromisos, términos y condiciones, así como los mecanismos de pago, por los que se garantizará la atención médica de los usuarios de los servicios

médicos, sin tomar en consideración su afiliación o derechohabiencia.” Acuerdo Nacional Hacia la Universalización de los Servicios de Salud

Advertimos que la llegada del Dr. Narro a la Secretaría de Salud federal asume una diferencia sustancial a la posición que tenía cuando era rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, en 2015 dictó una conferencia donde señala como debe ser el sistema de salud de México.

“Es urgente que México cuente con un Sistema Nacional de Salud único, público, de calidad, descentralizado y organizado por niveles de atención.” (Narro: 2015: 22).

Es importante señalar que desde el análisis del discurso se requiere localizar las principales diferencias que se dan entre los actores; aquí existe una diferencia sustancial en la forma de encarar el tema de la reforma en materia de salud. Mientras Mercedes Juan, siempre manifestó la necesidad de una reforma de carácter constitucional basada en cambios al artículo cuarto de la constitución de los Estados Unidos Mexicanos y adaptación de la Ley general de Salud, Ley general del Seguro Social y Ley General del ISSSTE. Narro jamás manifestó el tema de una reforma en el sector salud, por el contrario, siempre manejó el concepto de universalización de los servicios de salud vía los convenios de colaboración³⁷ entre instituciones públicas; este punto se vuelve el más relevante en la tesis, ya que nos permite entender cómo se implementó la reforma a la seguridad social desde una parte más operativa.

Cabe destacar que durante el periodo de recolección de información y cierre de esta tesis se pudieron obtener algunos convenios de colaboración que tenía el Sistema de Protección Social en Salud; y nos sirvieron para entender la complejidad de los mismos y saber cómo es el intercambio de servicios entre instituciones públicas.

Sobre este punto quisiéramos retomar unas ideas expresadas por el Dr. Eduardo González Pier³⁸, en un documento del 2013 presentado en el Senado de la República:

³⁷ Por cierto, este punto no es nuevo existe desde la creación del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y ha servido para poder poner un costo a las intervenciones médicas, y referencia para las aseguradoras.

³⁸ Ex subsecretario de Integración y Desarrollo de la Secretaría de Salud Federal y ex presidente de FUNSALUD.

Segundo reglas claras de concurrencia. Hay que recordar que el sistema de salud, por supuesto medido en financiamiento, es mitad público y mitad privado; y medido en actividad hospitalaria y de atención primaria también es prácticamente la mitad, sistema privado y sistema público.

Lo que se requiere es una mayor concurrencia, optimizando la infraestructura pública y privada del sistema, de tal manera que donde hay ventajas comparativas, identificar qué intervenciones se deben prestar por parte del sector privado y cuáles se deberían de prestar y financiar por parte del sector público (González Pier: 2016: 307).

Es importante señalar que las diferencias entre la gestión de Mercedes Juan y el José Narro, han versado sobre llevar a cabo la reforma de diferentes maneras y que esta se pueda llevar a cabo, no obstante, es necesarios señalar que existen elementos comunes.

El primero es la necesidad de tener comparabilidad entre las intervenciones que se van a realizar y los costos que esto supone; esto se agrega a la necesidad de dar inclusión al sector privado como un actor con interés propio en la reforma al sector.

Segundo, la concepción de universalización de los servicios de salud, como una expresión de intercambio de actividades con el elemento monetario como estandarización; en este punto debemos señalar que no existe una concepción de sistema universal de salud en el cual todos pueden acceder.

Tercero, concepción del sistema de salud, en el proceso de implementar la reforma al sector salud, se observa claramente cómo se quiere transitar a la conjunción de fondos para tener un ente que coordine y distribuya los presupuestos, este articulador estaría en la posibilidad de ser un ente privado. Por esto pensamos que el fondo de las reformas no es tanto en su carácter político o lógico, sino en su manera de llevar a cabo la implementación del mismo.

Podemos concluir el apartado de los dos titulares de la Secretaría de Salud federal, con las siguientes ideas; 1) la implementación de la reforma fue sustancialmente diferente entre ambas administraciones, una se decantó por trabajar desde una reforma constitucional que jamás se pudo llevar a cabo y el segundo por hacer cambios de orden administrativo más que operar desde una reforma en el congreso. 2) En el centro se estableció por parte del Dr. Narro el tema de la universalización de los servicios de salud para coadyuvar en materia de una reforma de seguridad social que ya se encontraba vigente con las reformas fiscal y laboral; en este sentido la Dra. Juan se fue siempre por la idea de postular cambios tanto legislativos

como a las instituciones de salud y seguridad social. 3) La concepción del sector salud tuvo en sí mismo una pequeña diferencia, mientras de un lado se estableció (Dra. Juan) como una conjugación del sector de salud público y privado basado en tener costeadas las intervenciones bajo un tabulador común, en la gestión del Dr. Narro esto ha fungido más como un tabulador de los costos en transacciones entre el sector público, excluyendo - momentáneamente- al sector privado.

Por último, podemos sostener que la reforma al sector dentro del mismo gabinete peñista, ha tenido conceptualizaciones diferentes, esto no quiere decir que el proyecto sea distinto o distante, por el contrario, afirmamos que el proyecto es uno. La sustancial diferencia del proyecto es la manera de llevar a cabo la implementación de la reforma al sector salud y conducir las actividades para llegar al fin trazado. Esto también nos habla de que la reforma al sector salud en México, está en estos momentos en operación, como lo venimos sosteniendo desde un alcance menor con cambios puntuales dentro de las leyes y con la firma de convenios de colaboración, es decir sin la necesidad de tener mayorías legislativas y sin los reflectores que puede atraer este tipo de reformas en las agendas políticas de los actores.

Desde nuestra óptica sostenemos que la reforma se mantendrá en este curso, para ello vamos a trabajar con los actores de la *matriz configurativa*, esto quiere decir a los actores que no tienen el peso para incidir en una reforma de carácter constitucional, pero tienen un peso específico en el sector salud y que en la mayoría de los casos controlan los fondos de salud más sustanciales.

Destacamos en este punto que esta matriz si tiene la capacidad de incidencia en una agenda, aunque lo hace desde los controles no formales de la política, es decir no usa al legislativo o las leyes. Usa en todo caso actores externos como medio de presión y los límites de su marco legal.

La primera es que esta propuesta no se ha planteado formalmente, se ha establecido como un mecanismo de pilotear la construcción de un sistema de salud universal, esto de una manera informal.

La segunda la propuesta viene de un grupo de académicos de la UNAM, entre ellos el actual Secretario de Salud federal, dice: “Considera la creación de un régimen de Protección Social Universal, basado en dos pilares:

- A) Un sistema de salud pública de cobertura universal, financiado a través de impuestos generales, y que se base en un sistema público no fragmentado de atención a la salud, sin excluir los servicios de prestadores del sector privado.
- B) Un sistema de protección al ingreso de los individuos y de las familias frente a los costos o la pérdida de ingresos generados por circunstancias como la maternidad, la enfermedad, la invalidez, la edad avanzada, viudez y orfandad. También se propone que el financiamiento de este esquema de prestaciones se asegure con impuestos generales” (Murayama y Ruesga: 2016: 105 y 106).

Esta propuesta se diseña desde hace un tiempo en la UNAM, buscando cotejar las ideas que ha propuesto tanto la gente de FUNSALUD, OCDE, OMS y FMI -desde la posición de Santiago Levy-. Esta propuesta contempla como idea eje un sistema de salud de cobertura universal -sin paquetes de servicios- y que esté financiado con impuestos generales (similar a la idea de Levy) buscando eliminar la fragmentación de los servicios de salud y su unificación en un plazo relativamente corto. Un segundo punto que comparte con Levy y su propuesta es plantear una reforma de salud mucho más allá, buscan una reforma que contemple a la seguridad social y quite las cuotas obrero – patronales para un financiamiento de impuestos generales que mantenga un equilibrio entre el acceso al servicio de salud y la seguridad social.

Podemos decir que esta propuesta se materializa con el “Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud, citamos su objetivo:

El objetivo estratégico de este documento es generar la suma de voluntades y capacidades de las partes firmantes para trabajar articuladamente en el desarrollo de acciones coordinadas que permitan a los mexicanos tener acceso efectivo a servicios de salud con calidad, independientemente de su edad, lugar de residencia o condición social o laboral, a fin de gradualmente lograr la universalización en la prestación de los servicios de salud. El derecho a la protección de la salud, es un derecho humano consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y no sólo un derecho laboral, lo cual trae consigo que las autoridades federales y de las entidades federativas, en el ámbito de sus competencias, tengan la obligación de promoverlo, respetarlo, protegerlo y garantizarlo de

conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad (Acuerdo).

Estos elementos marcaron un cambio sustancial en la primera propuesta de reforma del sector salud, se llevó a cabo en junio de este año y fue una manera de impulsar cambios en el sistema de salud desde la trincheras del Secretario de Salud y con trabajo de los directores de los institutos de salud. Hasta la fecha se sabe que se han iniciado algunas pruebas piloto en diferentes entidades de la República, principalmente en las zonas con menor densidad de población y sobre todo con alguna mayor capacidad de intercambiar servicios de salud.

Podemos decir que este momento se ha instaurado un cambio fundamental en la manera de concebir la reforma al sector salud, se avanza conforme se hacen alianzas políticas que promueven una mejora en su manera de acercarse al tema de la implementación.

Resulta interesante que este tema no se plantea a escala nacional, podemos suponer que existe un cálculo político que permite saber hasta dónde se puede arriesgar en esta primera fase, ya que siempre existirán grupos y personas interesados en que esta parte no se lleve a cabo.

También podemos entender que esta propuesta de reforma es una de las más relevantes en los últimos años porque ha logrado de una manera importante avanzar hacia la construcción de un sistema de salud universal y romper con la inercia de postergarlo a una reforma constitucional. Por último, el llevar a cabo esta reforma de una manera cuasi secreta nos presenta una situación donde se podría especular cada vez más sobre un cambio en contra del efectivo derecho a la salud que se tienen por derecho.

Empezaremos por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), al ser la institución con mayor peso dentro de esta matriz, cabe destacar que usaremos a los dos titulares del IMSS, José Antonio González Anaya (diciembre 2012 – febrero 2016) y Mikel Arriola (febrero 2016).

Capítulo XIII Instituto Mexicano del Seguro Social

XIII.I José Antonio González Anaya (2014 2015)

José Antonio González Anaya, llega como director general del IMSS con dos misiones, mejorar las finanzas del instituto que se encontraban básicamente en bancarrota y buscar una mejora en los procesos administrativos que volvieran más eficiente el instituto.

La llegada de González Anaya, no fue obra de la casualidad, siendo uno de los tecnócratas más eficientes en materia hacendaria y presupuestaria, su elección estuvo siempre en la sombra de si llegaba para dar la quiebra del instituto o mejorar de manera importante sus ingresos contraponiéndose al grupo de Mercedes Juan. En su caso la lejanía a los temas de salud era notoria, por lo que desde el primer minuto se entendió su llegada con temas de orden administrativo.

Por otra parte, se le vincula familiarmente con el expresidente Carlos Salinas de Gortari, lo que también ocasionó polémica por ser considerado como una figura que le permitiría el acceso al control de los recursos económicos y políticos vía el sindicato.

Cabe destacar que durante su gestión los cambios administrativos fueron nodales para sustentar una nueva forma de trabajo al interior del IMSS, lo que le acarreó problemas con la disidencia sindical del IMSS – por su parte el sindicato oficial regreso a las filas del PRI.- Esencialmente estos cambios fueron un modelo de cuasi reforma que planteaba la necesidad de tener los fondos al interior del IMSS, pero costear los procedimientos que no podía realizar el instituto de una manera que fuera acorde a sus ingresos y egresos económicos.

Destáquese que durante la administración de González Anaya los cambios al interior del IMSS, fueron notorios y aunque hubo tensiones, las mismas fueron controladas de manera que sólo quedó en una manifestación reducida y que no generó tantos escollos para su implementación.

Para hacer el análisis de González Anaya se toma en cuenta dos documentos uno realizado en Estados Unidos sobre las innovaciones al interior del IMSS, un segundo del director de finanzas que va en el sentido de la reforma –esencial para entender la postura del IMSS en la reforma al sector salud- y un elemento que se obtuvo vía transparencia.

Cabe destacar que González Anaya fue sumamente cuidadoso de nunca hablar sobre una reforma al sector salud, y sólo centrarse en los cambios que existiría al interior del instituto, además de mencionar poco el tema de servicios universales, centrándose en una reforma a la seguridad social.

Buscar la portabilidad del derechohabiente –bajo la rectoría de la Secretaría de Salud- para prestar servicios junto con el ISSSTE y Seguro Popular. En la parte de prestación de servicios, derivado del marco de cooperación con diferentes instituciones hemos lanzado algunos proyectos de colaboración con algunos gobiernos de los estados, con la Secretaría de salud y con el ISSSTE, para poder intercambiar algunos servicios: si el ISSSTE tiene mejores condiciones de infraestructura que el IMSS en materia de capacidad instalada, ellos atienden ahí a alguien y el IMSS paga, y viceversa. Con el propósito de fortalecer la portabilidad del derecho a la salud y lograr la contraprestación por la atención otorgada en Unidades Médicas de IMSS-PROSPERA, se ratificaron convenios de colaboración:

i) Con el Programa Seguro Médico Siglo XXI.

i) Para la prestación del componente de salud a las familias PROSPERA.

ii) Para la distribución de suplementos alimenticios a mujeres embarazadas, lactantes y niños menores de 5 años de las familias PROSPERA. Rol dual del seguro social como prestador de servicios médicos y como financiador de los servicios que presta.³⁹ En la presente Administración, el Programa IMSS-PROSPERA ha agilizado su conversión como institución prestadora de servicios a población carente de seguridad social (afiliada o no al Seguro Popular) y a derechohabientes de otras instituciones. Intercambio de servicios, vía una cuota común en procedimientos similares. El Programa IMSS-PROSPERA se encuentra en proceso de transición al ser en este momento una instancia que brinda acceso a los servicios de salud a 6.09 millones de personas que carecen de adscripción formal a alguna institución de salud, y de forma paralela, atiende a 6.07 millones (49% de su padrón) con afiliación al Régimen de Protección Social en Salud. Mediante convenios y acuerdos con las dependencias del Sector continuará encaminando acciones para contribuir a la universalización de los servicios de salud, lo que implica intensificar las gestiones para afiliarse al Seguro Popular a los beneficiarios que no cuentan con este derecho.” Convergencia hacia el intercambio de servicios de salud. La última reforma permitió que nuestro consejo *fijara el precio*, le llamo por ahora precio, de uno de *nuestros seguros*. Pero es muy importante en todo concepto de *aseguramiento* que el costo de los aseguramientos sea un tema dinámico en función de lo que se está observando y de lo que se proyecta a los siguientes años. Dicha conversión permitirá contribuir a la universalización de los servicios de salud y costear la prestación de servicios con calidad, oportunidad y seguridad a los pacientes, mediante el traspaso de costos por concepto de la atención proporcionada (Anaya y García: 2015:189 y195).

Cabe destacar que durante la gestión de González Anaya –y la actual- se mantiene la idea de establecer un acuerdo para la convergencia de los servicios de salud, con la consigna de cuantificar los procedimientos en salud y de esta manera poder hacer el intercambio en la prestación de servicios, como si fueran entre aseguradoras.

³⁹ Es relevante señalar que esta prestación de funciones acumulada, el IMSS juega el papel de una aseguradora dual, donde tiene la capacidad instalada para prestar el servicio –básicamente hablamos de atención médica- y a su vez fijar las cuotas –privadamente hablamos de primas- aseguradas.

Vamos a rescatar un extracto de una propuesta de reforma constitucional que en su momento mandó González Anaya al congreso: “La Minuta con Proyecto de Decreto que reforma los Artículos 4, 73 y 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de seguridad social universal. Su objeto es establecer en la Constitución que el Estado garantice los derechos de los adultos mayores, facultar al H. Congreso de la Unión para establecer el derecho de una pensión, y precisar que el Seguro de Desempleo para los trabajadores será administrado y ejecutado por el IMSS.” (IMSS: 2015: 197). Destacamos que el planteamiento de reforma es hacia la seguridad social, en este caso el grupo etario de los adultos mayores para un tema de pensión y una segunda sobre un seguro de desempleo – hasta la fecha de recolección de información para la tesis seguía el proceso legislativo; no se incluye la reforma por no ser exclusiva de salud-. Resaltamos este punto porque se hace evidente las diferencias que perseguía en su mismo periodo la que fue Secretaria de Salud Dra. Mercedes Juan y el Dr. José Antonio González Anaya director del IMSS, la divergencia entre modelos para llegar a un sistema de salud universal y su relación frente al Congreso de la Unión son de explicitar y sostener que las diferencias entre ambos es ir por caminos diferentes y sostener posturas antagónicas para conseguir el mismo fin. Dentro de las políticas públicas se marca mucho que, en la construcción de una agenda para un problema público, se requieren un buen número de opciones, de las cuales se pueden generar procesos de tensión al interior de los actores políticos; sostenemos que la reforma y su alcance va a ser similar, pero que los mecanismos para llegar a su conclusión son diferentes y esto implica una tensión entre actores.

Podemos sostener que González Anaya, siguió y puso los cimientos de la reforma que ha llevado a cabo el actual secretario de salud, Dr. José Narro.⁴⁰

En el mismo orden de ideas aclaramos que la postura del Dr. González Anaya, consistió en ser el articulador de la reforma en su cimiento operativo es decir la parte de tener los costos de las intervenciones iniciales que tendrá la Alianza por la universalización de los servicios de salud.

⁴⁰ Aclarando que esto no es una reforma de alcance constitucional, sino una reforma menor para la implementación de una política pública de salud que ha si fue concebida en campaña.

XIII.II. Mikel Arriola 2016

La llegada de Mikel Arriola en febrero de 2016, mediante un enroque o movimientos en el gabinete no significó un gran cambio al trabajo del Dr. González Anaya. Mikel Arriola comparte con González Anaya ser personas forjadas en la SHCP, tener altos niveles tecnocráticos y haber estado dentro de la subsecretaría de hacienda de la SHCP, donde se observa el destino del gesto. Posteriormente tuvo un paso exitoso por la Comisión Nacional Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), siendo su principal bandera visibilizar el trabajo de la COFEPRIS, atraer la atención pública de temas relevantes en salud y enfocarlo de una manera técnicamente impecable. Otro de los logros de Mikel Arriola para seguir haciendo tecnoburocracia, es el hecho de cumplir con los requisitos de los grupos políticos en los que ha estado vinculado, aunado a un a partidismo activo.

Desde su llegada como director general del IMSS, se propuso seguir los pasos dados por González Anaya, centrar cambios administrativos importantes, aumentar la recaudación para fundear el apartado de atención médica y pensiones, mantener bajo control los procesos internos sindicales, apoyar el acuerdo hacia la universalización de los servicios de salud, en particular las 14 intervenciones que habla Peña Nieto en su lanzamiento. Siendo su parte más fuerte para distinguirse de González Anaya, el publicitar el seguro facultativo a los estudiantes de las universidades públicas –cabe destacar que este seguro existe desde 1993, y en realidad requiere de un trámite del estudiante para darse de alta y las instituciones públicas de educación superior, lo informan desde el ingreso- como la gran apuesta para aumentar la cobertura en salud de la población joven. Sobre los análisis que vamos hacer, existen pocas notas y es uno de los pocos funcionarios en salud que nunca ha tocado de reforma o cambios al sector salud.

En el marco de la universalización de los servicios de salud, se considera que una portabilidad efectiva debe buscar que las aportaciones sean equitativas y que no generen presiones financieras adicionales al Instituto. En el marco de la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal se tendrán que redoblar esfuerzos para fortalecer la coordinación con el resto de las instituciones públicas de salud. Lo anterior, para generar sinergias que permitan hacer un uso más eficiente de la capacidad instalada, evitar duplicidades en la cobertura, homologar los servicios, intervenciones y protocolos de atención médica con un enfoque de contención de costos y trato digno al usuario y su familia. Como se ha mencionado en los apartados anteriores, se requiere implementar un plan de acción integral que permita sanear financiera y operativamente al Instituto, y mejorar los niveles de financiación de los servicios de salud que proporciona a más de la mitad de la población del país, elementos esenciales para que el

IMSS pueda contribuir de manera efectiva en la universalización de los servicios de salud. Generar sinergias entre el Programa IMSS-Oportunidades y el Seguro Popular es una de las estrategias de esta administración para incidir favorablemente en la atención de la salud de la población en situación de vulnerabilidad y ampliar la cobertura en el ámbito rural. Estas coincidencias facilitarán la portabilidad y la convergencia, potencializando los alcances de ambos programas (Informe de Labores 2016).

16-07-2016 En materia de salud se hizo mención a la universalización del Seguro Popular para adultos mayores y beneficiarios del Programa Prospera, así como la afiliación al IMSS de 7.1 millones de estudiantes de escuelas públicas de nivel medio y medio superior. Durante la reunión se estableció como objetivo incorporar a 21.2 millones de personas que no tenían acceso formal a servicios médicos (Nota de prensa IMSS).

Primero queremos, hacer notar que no existe cambio sustantivo en el discurso de ambos titulares del IMSS, como hemos sostenido y asumimos presentamos a los dos directores que ha tenido el IMSS. También asumimos desde el inicio de la investigación que existía una carencia de información relevante que pudiéramos discutir. Pensando en este orden de ideas, planteamos que la idea en el IMSS, es basarse en elementos netamente presupuestarios; la razón de esta idea es que su trabajo era darle viabilidad al instituto aumentar las reservas liquidas para la operación médica que brinda el instituto, y el pago de pensiones –una de las mayores cargas del instituto y de las finanzas públicas federales-. Por otra parte, el IMSS tiene sus propios problemas como empleador, al tener desde la parte sindical una buena cantidad de trabajadores sindicalizados y de confianza. Me centraré en los sindicalizados, muchas de las prestaciones que tienen, son únicas en el país; esto no es malo, lo que resulta problemático es que estas prestaciones más los dos gastos –pensiones y operación médica- han generado que el IMSS esté en dos tipos de quiebra la técnica que se resuelve con una mayor aportación de la Federación y cobrar las cuotas de manera frontal –esto incluye fiscalizar más a las empresas-. Una quiebra virtual, esto quiere decir que el dinero está en reserva –es decir existe, pero no se puede usar porque está destinado para solventar gastos futuros-. Desde esta óptica el IMSS se ha opuesto a una universalización sin que quede claro cuáles serán los alcances y cuáles serán los costos para poder fondearse adecuadamente, esto asume que también tendría cambios en las relaciones laborales con el personal sindicalizado que tendría mayores cargas de trabajo y podría en poco tiempo perder parte de las prestaciones que tienen, lo que ha generado movimientos al interior del IMSS para oponerse

pasivamente a la implementación del Acuerdo hacia la Universalización de los Servicios de Salud.

Los dos directores actuaron para controlarlo desde la óptica sindical, se dieron cambios menores al contrato colectivo de trabajo, se mantuvo una cercanía con el líder sindical del IMSS y se establecieron controles para prorrogar de manera creciente las jubilaciones y tener personal más joven en contrataciones tipo *outsourcing*⁴¹, esto ha llevado a que el propio IMSS, mejore las perspectivas a un mediano plazo, el proceso de mejora en la administración interna, también ha logrado que el personal de confianza se haya visto disminuido. La base sindical ha acatado estos cambios y controlado la disidencia con elementos represivos como son castigos y sanciones que van desde descuentos, descansos hasta mandarlos al área de recursos humanos para su despido. Al interior de los hospitales la resistencia ha sido con pocos episodios públicos, han sido más bien de brazos caídos o faltas constantes de personal.

Ambos directores han ignorado –hasta la fecha de cierre de recolección de la información– este tipo de problemas básicamente han centrado la difusión de logros compartidos, presentar una nueva cara del IMSS, aumentar la cobertura de servicios, explotando al máximo la capacidad instalada del mismo y también obligando un mayor trabajo por parte del personal de base que ha asumido esto como un mecanismo de control, cabe destacar que hasta el momento cuando se dan marchas protestas o críticas al modelo las mismas se dejan correr, pero no se atienden en ningún momento.

Los directores han procurado cada que sale una nota, no hablar y tener pocas apariciones en público, esto también nos habla de los procesos tecnoburocráticos donde mantienen un control cuasi hegemónico de la institución, le dan el viraje hacia el tema del financiamiento y promueven cambios hacia una homologación de prestación de servicios estilo las aseguradoras privadas, esto quiere decir que mucho de la reforma planteada por Mercedes Juan –y el grupo FUNSALUD– si va a implementarse, pero visto desde las políticas públicas existen muchos mecanismos para la implementación de una política pública, la de Mercedes Juan por ser frontal generó mayores problemas, la de Narro si alcanzó el consenso y hoy por hoy es la que manda. Pero el IMSS jugó el mismo papel siempre ser un actor actuarial que le

⁴¹ Son contrataciones externas al instituto o contratos por tiempo determinado, esto evita hacer antigüedad y cotizaciones para una futura pensión.

diera valor monetario a las intervenciones seleccionadas y que de este cálculo se hiciera una primera prueba.⁴²

⁴² Lamentablemente esta investigación no podrá dar cuenta de los resultados, pero consideramos que será importante seguirlos de cerca para un debate a posteriori.

Capítulo XIV. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

El siguiente actor que vamos a retomar son los directores generales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cabe destacar que la función central del ISSSTE en la reforma era mucho más nodal, la primera parte de la dirección recayó en Sebastián Lerdo de Tejada, un político con bastante trayectoria en el PRI (Partido Revolucionario Institucional), fue el encargado de realizar el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y formular una buena parte de las políticas públicas de esta administración. Sin embargo, su repentino fallecimiento, trajo algunas alteraciones hacia este plan. El ISSSTE, dejó de figurar desde la parte de la toma de decisiones y se fue alejando cada vez más de los reflectores, aunque si tiene algunos cambios que son relevantes señalarlos, acudimos a una aclaración previa para dejar constancia de que pudo haber tenido un papel de mayor relevancia del que le tocó.

Una breve reflexión el ISSSTE es el equivalente al IMSS pero de los trabajadores al servicio del Estado de carácter federal, en este rubro se encuentran todos aquellos empleados gubernamentales, del poder ejecutivo, legislativo y judicial. Sin importar el nivel de tabulación todos se encuentran atendidos por este sistema y es uno de los más relevantes del país. En este rubro se excluye a los servidores públicos de Marina, Fuerza Aérea y Ejército los cuales son atendidos por el ISSFAM (Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas) y a los servidores públicos del nivel estatal y municipal, en estos casos se debe observar el tipo de contratación que tienen. Los servicios del ISSSTE difieren en calidad y atención e incluso se llega a criticar su sistema de contra referencia médica por ser uno que da los tiempos de espera más largos dentro del sistema de salud.

XIV.I Sebastián Lerdo de Tejada (2014 – 2015)

Sebastián Lerdo de Tejada fue un político priista bastante relevante en la década de los noventa y en la primera década del nuevo milenio, siendo una de las personas destacadas en una liga entre los grupos empresariales y gubernamentales, llevando a cabo tareas muy diversas desde tareas dedicadas a la hacienda pública, derechos de los consumidores, áreas de fiscalización, jefe de campaña al interior del PRI, entre otras actividades partidistas. Al firmarse el pacto por México, uno de los responsables del capítulo sobre seguridad social fue precisamente Lerdo de Tejada y fue quien además tuvo la obligación de llevar a cabo las bases teóricas para tener un sistema universal de salud.

Una de sus primeras funciones fue delimitar las intervenciones⁴³ que realmente podían ser cuantificadas monetariamente y que los costos fueran lo suficientemente alcanzables por los integrantes del sector salud; una segunda parte fue comprender la parte de fondos en salud para tener una base presupuestaria común y sobre esta base lanzar los procesos de captación de recursos extraordinarios vía los impuestos al consumo.

Si retomamos lo que presentamos en líneas anteriores de la función del IMSS, en torno a ser quienes hicieran los cálculos actuariales; podemos sostener que la parte político – técnica que tendría en sí la reforma⁴⁴ a la seguridad social (en especial a la salud) la tendría el ISSSTE y esta sería guiada por los postulados que ha sostenido Santiago Levy, esto podría explicar también la centralidad de este actor en los meses de gobierno y su visión de hacia dónde se direccionarían el ISSSTE y el sistema de seguridad social en su conjunto.

Esto también implica que, aunque existieron roces con Mercedes Juan, si el tiempo hubiese sido mayor en el gabinete –es probable- que tuviera mayores enfrentamientos, por tener posturas diferentes de cómo llevar a cabo la implementación de la política pública de seguridad social de este sexenio, aunque esto es una parte muy especulativa.

⁴³ Destacamos que su muerte como hecho desafortunado, puede ser una de las razones principales para retardar el lanzamiento del Acuerdo Hacia la Universalización de los Servicios de Salud. Es relevante señalar que el tampoco habló de una reforma como tal al sector salud.

⁴⁴ Propiamente no hablaríamos de una reforma, si no de los intercambios en materia de salud.

El ISSSTE cooperó bastante por lo que el análisis es un poco más completo que en los otros casos.

En materia de discurso, destacamos que Sebastián Lerdo de Tejada dejó poca información, aún tenemos unas líneas del primer diagnóstico que realizó sobre el ISSSTE y que se presentó ante la Comisión de Seguridad Social del Senado de la República el 9 de octubre de 2013:

En lo relativo al acceso universal y efectivo a los servicios de salud de calidad, así como a la universalización de la seguridad social para todos los mexicanos, iniciativas éstas, que buscan articular los derechos sociales. De los 9 fondos que operan para dar atención en 2012, cuatro de ellos registraron déficit: 1) El seguro de salud, con 2 mil 471 millones de pesos. 2) El seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, con 9 mil 487 millones de pesos. 3) El fondo de prestaciones sociales y culturales, con 2 mil 106 millones de pesos. 4) El seguro de riesgos de trabajo cerró con un saldo negativo de 262 millones de pesos. El cambio de perfil demográfico, económico y epidemiológico de sus derechohabientes, hace que la tasa de crecimiento de pensionistas y familiares aumente 3 veces más rápido que la del resto de la población

Resaltamos que la idea de la universalización de los servicios de salud ya estaba vigente que solamente se buscaba la forma de poder presentar los cambios a las leyes pertinentes, además retoma la parte central de los fondos como uno de los problemas centrales del ISSSTE y serán nodales para que se diera el siguiente paso.

El último documento que se obtuvo para hacer un análisis es una presentación en la semana de la seguridad social, cabe destacar fue de las últimas intervenciones que tuvo.

La meta nacional de un México Incluyente quedó perfectamente plasmada, entre otros, al asegurar el acceso a los servicios de salud a los mexicanos de manera efectiva y homogénea, conforme a los preceptos que, repito, están ya plasmados en la Constitución.

El debate no es un debate constitucional. El Constituyente Permanente ha hecho ya su función al reformar el artículo primero y el artículo cuarto Constitucional de manera precisa; el debate es de leyes secundarias y es un debate instrumental en donde tendríamos las instituciones que responder de manera adecuada.

El propósito orientado a la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal es central para lograr el acceso efectivo y la calidad de los servicios. ¿De qué estamos hablando? Fundamentalmente, estamos hablando de portabilidad de coberturas y ese es el debate de detalle que tendríamos que estar dando, el debate de la portabilidad de coberturas.

El otro rete se refiere a garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, y para ello, se precisa el preparar al Sistema para que el usuario seleccione a su prestador del servicio de salud. Esto exige consolidar la regulación efectiva de los procesos y establecimientos de atención médica,

mediante la distribución y coordinación de competencias, sí entre las instancias de la federación, pero también entre las instancias de las entidades federativas. (Lerdo de Tejada: 2016: 324).

En este punto queremos centrar la atención en dos elementos nodales de la reforma al sector salud en México, la convergencia para la portabilidad de coberturas médicas, es decir que cualquier persona puede hacer uso de su esquema de seguridad social en salud en cualquiera de los hospitales del sector público. O bien que una vez teniendo el cálculo actuarial es más fácil pensar que hay una transición para realizar un esquema de asociación público – privado en donde la convergencia en la portabilidad de coberturas médicas, abriría al sector privado la entrada de un buen número de personas con la transferencia de los ingresos correspondientes, y esto sería un negocio redondo.

Si pensamos en el fondo la idea, si es hacer una reforma al sector salud; pero desde un enfoque de políticas públicas es necesario tener en claro que el proceso de implementación es uno de los de mayor tensión política y que generalmente polariza -incluso al interior de un mismo grupo político, por eso se busca los menores costos y externalidades políticas, por eso es relevante subrayar que quien se tenía que encargar del borrador de la reforma al sector salud y quien sustentó los pilares de la reforma a la seguridad social (especialmente a la salud), que posteriormente las circunstancias hicieron que la reforma se retrasase o incluso que se llevara al punto de la confrontación con la otra visión para reformar al sector salud.

Vamos a continuar trabajando con el ISSSTE con quien quedó como encargado del despacho a la muerte de Lerdo de Tejada. Luis Antonio Godina, para después cerrar con el actual director José Reyes Baeza.

XIV.II Luis Antonio Godina (2015)

El caso de Luis Antonio Godina es particularmente difícil de ubicar, siempre fue el socio y amigo personal de Sebastián Lerdo de Tejada en el ISSSTE, a la muerte de él tuvo que asumir el encargo del despacho como titular del ISSSTE (23 de mayo de 2015) y su conclusión fue el 27 de agosto de 2015. Es decir, tres meses en los que siguió el trabajo que había sustentado su jefe.

Se tienen algunos documentos en este caso tampoco usaremos matriz, esto nos va a permitir un mayor debate y dadas las circunstancias poder hacer algunos cruces en materia de discurso.

“La reforma en salud está en marcha, estamos trabajando con la Secretaría de Salud y con el Seguro Social en intercambiar servicios en algunas zonas del país. Nosotros tenemos convenios con Baja California, con Querétaro, con Yucatán, estamos trabajando en un convenio con Chihuahua y con Tamaulipas para optimizar la infraestructura de salud del Estado mexicano. En eso sí estamos trabajando y eso se hace desde hace mucho tiempo. La reforma el sector salud tiene que empezar, como ya se ha delineado, por la parte preventiva, y el ISSSTE tiene un trabajo muy serio en ese sentido y se ha sumado a las iniciativas que ha impulsado también la Secretaría de Salud. La reforma del sector salud parte del fortalecimiento de cada una de las Instituciones que conformamos el sector salud, el fortalecimiento del ISSSTE pasa por mejorar su infraestructura, por atender mejor al derechohabiente, por prestar de mejor manera los 21 servicios, seguros y prestaciones que le da el ISSSTE a 12 millones 800 mil mexicanos; es el compromiso establecido del Presidente Peña de mejorar la atención al derechohabiente y eso es para lo que es para nosotros la reforma del sector salud y así está encarada, insisto, por parte de la autoridad reguladora que es la Secretaría de Salud.”

Como podemos ver en una de las entrevistas que le realizaron al Dr. Godina, se observa que el proceso de reforma al sector salud se está dando de manera silenciosa y en sentido concreto avanza en los cánones que había propuesto Lerdo de Tejada, este punto es relevante porque es la última entrevista que da antes del cambio de titular en el ISSSTE.

Vamos a presentar una segunda publicación, esta es dentro del proceso de reforma al sector salud, cuando aún estaba vivo Lerdo de Tejada.

“Fortalecer la red de servicios y cobertura en materia de seguridad social para incrementar la protección y el bienestar de las personas. Brindar acceso efectivo y oportuno a servicios de salud con calidad y calidez. Fortalecer la red de servicios y cobertura en materia de seguridad social para incrementar la protección y el bienestar de las personas.”

En esta breve entrevista podemos encontrar solamente pinceladas de una propuesta para atender la transición en materia de servicios de salud. Cabe destacar que en los meses que estuvo al frente el Dr. Godina mantuvo la misma postura y dirección que Sebastián Lerdo de Tejada. El ISSSTE, fue una pieza angular en la construcción del modelo de lo que después fue la Alianza por la Universalización de los Servicios de Salud y que de manera más puntual a llevado a cabo en su implementación el Dr. Narro; nótese que esta implementación no se ha llevado a cabo con los reflectores encima y se anunciado de manera discreta con la intención de poder operar de una forma más sutil.

La secuencia nos lleva a presentar al actual director del ISSSTE, sin ser una persona ajena al contexto del ISSSTE el cual ha formado parte desde el inicio del sexenio, podemos observar algunos datos que serán relevantes para observar cómo se ha llevado a cabo el proceso de implementar la reforma invisible al sector salud.

XIV.III José Reyes Baeza Terrazas (2015 – 2016)

La llegada de José Reyes Baeza como director del ISSSTE, obedeció más a dar certeza de un titular fuerte y con un grupo político definido. Ex gobernador del estado de Chihuahua, fue uno de los gobernadores que más apoyó a Peña Nieto tanto en la época en que eran gobernadores como en el proceso electoral.

Reconocido priista y de familia ligada a puestos gubernamentales, tuvo un ascenso rápido en las estructuras del poder, logró obtener puestos tanto el gobierno estatal, como posteriormente en el legislativo.

Su llegada a la gubernatura de Chihuahua, fue polémica y además dejó una de las deudas más grandes del estado, mencionado que los episodios más cruentos de violencia en Ciudad Juárez y otros municipios fueron durante su gestión como gobernador, las relaciones fueron más o menos estables con el gobierno de Felipe Calderón, aunque se debe subrayar que su cercanía fue un tanto interesada para la transferencia de recursos federales a la entidad.

Posteriormente en el equipo de transición se le mencionaba para diversas encomiendas esto no se dio y en diciembre de 2012 Peña Nieto lo nombró vocal ejecutivo del Fondo de Vivienda de los trabajadores del estado (FOVISSSTE), una de las pocas áreas del ISSSTE que no ha sido reformada. A su llegada se hicieron acuerdos para que el crédito de los trabajadores fuera un aval para conseguir en el mercado créditos hipotecarios de mayor monto, pero también más caros.

Su ascenso en el ISSSTE fue coyuntural a la muerte de Sebastián Lerdo de Tejada y la necesidad de un operador político de mayor empuje fue la decisión que se tomó para enviarlo como director general del ISSSTE, podría decirse que anticipando los cambios que se dieron unos meses después en todo lo que rodeaba a los titulares de seguridad social y salud.

En este caso si vamos a utilizar la matriz de análisis que hemos venido utilizando, porque consideramos que esto permitirá una mejor visualización de cómo ha tratado el tema el Lic. Baeza.

Me es grato asistir como director general del ISSSTE a este foro que como se coincidió desde su origen nos permite reflexionar y refrendar el espíritu de coordinación entre instituciones y órdenes de

gobierno con competencia coincidente, es decir, quienes tenemos la obligación de diseñar y ejecutar políticas públicas de atención a la salud de la población, acatamos con ello la instrucción del Señor Presidente de la República, Lic. Enrique Peña Nieto, que desde los primeros días de su administración se comprometió a orientar los esfuerzos institucionales para ser del derecho de la protección a la salud y a la atención médica de calidad, una realidad para todos (Versión estenográfica del director general del ISSSTE, José Reyes Baeza, durante la XXI reunión nacional ordinaria del Consejo Nacional de Salud (CONASA) en Mérida, Yucatán).

Unificar el financiamiento del sistema de salud, todos podríamos estar de acuerdo que uno de los principales retos que afronta el Sistema Nacional de Salud, es justamente su financiamiento. En tanto se toman decisiones a nivel legislativo que permitan definir criterios, en el ISSSTE nos hemos dado a la tarea de impulsar proyectos de construcción de unidades médicas que consideran la inversión privada, mediante el esquema APP (Asociación Público Privada), lo cual permite, aún con la astringencia presupuestal, avanzar hacia una mejor cobertura y atención a los derechohabientes (Mensaje del director general, José Reyes Baeza terrazas, en la presentación del estudio sobre el sistema mexicano de salud 2016 de la organización para la cooperación y el desarrollo económicos – OCDE-).

Actualmente está el proceso de definición, de cuál es el alcance del proceso de universalización; *en ocasiones se confunde la universalización con la portabilidad de los servicios*, es decir, mucho creen que al firmar un convenio de universalización todos los derechohabientes de todas las instituciones tendrían derecho a ser uso del servicio médico en cualquier institución, independientemente de su origen como afiliado.

Es decir, que un derechohabiente del IMSS eventualmente podría acudir a cualquier clínica del ISSSTE o del sector salud del Gobierno del estado, no es así, se está definiendo un catálogo de servicios que podamos intercambiar entre las instituciones del sector de conformidad con las necesidades que tenga cada institución (Versión estenográfica de la entrevista del director general, José Reyes Baeza Terrazas, en el espacio radiofónico en contacto matutino, televisa radio, Veracruz).

Podemos señalar que uno de los elementos nodales en la gestión de Reyes Baeza, ha sido el ser esquivo y no hablar del tema en poco más de 15 documentos se encontró poca información relevante, siendo eso lo más rescatable una posición cuasi contraria a la visibilización del sistema de salud universal propuesto por Peña Nieto y puesto en marcha por el Dr. Narro.

Vamos a tomar una extracción de una entrevista a Paola Rojas en la cual hace una mención interesante a este tema:

“Digo categóricamente que no hay ningún propósito ni interés del Gobierno de la República de privatizar los servicios. Todavía el día de ayer el señor presidente Enrique Peña Nieto en la reunión de FUNSALUD anunciaba que... o conminaba, instruía al sector salud, al señor secretario, al IMSS, al ISSSTE, al Seguro Popular para fortalecer, sí, el proceso de *universalización de los servicios de salud*, pero fortalecer el carácter público de los servicios gratuitos.

Obviamente, las aportaciones de los trabajadores son los que les dan sustento a los propios servicios de seguridad social, pero fuera de eso, ningún cobro, veía yo que en redes sociales circulaba incluso un catálogo de precios supuestos que se iba a cobrar ¡No hay nada de eso!”

Este elemento nos parece relevante porque presenta una resistencia al interior del gobierno de Peña Nieto para llegar a la conclusión del sistema universal de salud, claro que no puede ser frontal y por el contrario debe cuidar de buena manera las formas en las cuales presenta su crítica a este punto.

Desde nuestra postura consideramos que esta resistencia se hace en silencio desviando el foco de atención en los problemas públicos y en los del instituto, Reyes Baeza se ha dedicado más a tratar el tema de las pensiones y la reforma a PENSIONISSSTE, que hablar sobre temas de salud y del acuerdo nacional hacia la universalización de los servicios de salud. Es probable que uno de los elementos que le lleven a tener una resistencia a este tema es la falta de claridad sobre el rol que jugará el ISSSTE y los costos asociados, una de las metas ha sido – y sigue siendo- sanear las finanzas y mejorar la infraestructura y equipamiento de los servicios de salud, además de bajar la sobre saturación que ya presentan.

En este sentido hacemos una propuesta en la cual planteamos que la reforma se puede implantar de manera invisible, y que no requiere a todos los actores con un acuerdo en común para dirigir los trabajos en conjunto, y se pueden presentar resistencias pasivas, que van haciendo actitudes dilatorias para no lograr este acuerdo.

También podemos ver con claridad como el cambio al interior del ISSSTE presentó una confrontación entre dos visiones que quieren dar peso y valor a su idea de política pública, en este sentido Reyes Baeza se va por el camino de las pensiones y la dupla Lerdo de Tejada – Godina se fue por apuntalar el tema de salud, es decir en un mismo gobierno y en la misma institución, se dan dos visiones diferentes en periodos de tiempo diferentes, lo que es de llamar la atención en el sentido de que no existe como tal un consenso para reforma al sector salud.

Segundo que, a pesar de los avances en la reforma silenciosa, se está topando con resistencias y que es muy probable que los resultados no sean nada alentadores cuando sea el momento

de observar cómo ha sido la implementación de la reforma en materia de seguridad social (especialmente en salud).

El siguiente -y último- actor que vamos a presentar es el Comisionado Nacional del Sistema de Protección Social en Salud (mejor conocido como Seguro Popular). Este actor como tal, es el de menor relevancia para proponer cambios constitucionales e incluso para tener una incidencia dentro del proceso de implementación, en su carácter de comisionado nacional, ya que jerárquicamente depende de las decisiones del secretario de Salud Federal.

Sin embargo, él tiene un peso particular, el derecho de picaporte, al ser un hombre cercano al presidente y controlar parte de los fondos que se entregan a las entidades federativas, su nivel de atención tiene un peso específico que no podemos ignorar.

Su juego está en procesos de resistencia o facilitación de la reforma al sector salud, esto implica un cambio importante en los actores que hemos analizado, ya que usa los pocos elementos de implementación de la política pública (en este caso cercanía política y poder económico) para estar presente en el juego de la toma de decisiones.

Es un actor racional al no visibilizarse ante los medios, lo que permite ver como articula su juego de una manera más o menos clara desde la matriz del análisis del discurso y debatir la función que ha tenido este actor.

Capítulo XV. Seguro Popular

Gabriel O’Shea Cuevas (2014 – 2016).

Gabriel O’Shea es un médico oftalmólogo, que ha combinado su carrera política con la académica. Esto lo ha vinculado a los grupos de médicos y políticos que se encuentran en el Estado de México, particularmente en el municipio de Atlacomulco⁴⁵ y que le ha acarreado una cercanía al presidente Peña Nieto.

Cabe destacar que Gabriel O’Shea fue el titular de los servicios de salud durante la gestión de Peña Nieto, y fue uno de los principales críticos a la operación del seguro popular, en especial por su carácter técnico – económico dejando de lado su apartado técnico – médico.

Otro de los elementos que se destacan es su presencia en la Academia Mexiquense de Medicina, uno de los espacios de mayor peso político y social en el Estado de México, desde este punto siempre señaló que uno de los principales obstáculos para la cobertura era la falta de una política nacional que repartiera de mejor manera los recursos, al paso del tiempo esto se fue mesurando y fue avanzando en el nivel político.

Cabe destacar que antes de ser titular de salud del Estado de México, tuvo un paso breve por el Senado de la República, en donde también tuvo contacto con distinguidos priistas, que impulsaron su llegada a la secretaría de salud del Estado de México y de ahí diera el salto a la CNSPSS.

Estructurar estrategias de colaboración en materia de intercambio de servicios, óptimas y eficaces, que paulatinamente conduzcan a la universalización y portabilidad de la atención médica, tras la firma del Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud, concretado el pasado 7 de abril, entre la Secretaría de Salud, las Instituciones Federales de Seguridad Social y los Servicios Estatales de Salud. Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), que incluye 287 intervenciones que cubre el 100% de los padecimientos tratados en el primer nivel de atención médica, así como los principales padecimientos

⁴⁵ Durante muchos años se ha denominado al grupo de poder priista del Estado de México, grupo Atlacomulco. Este grupo se encuentra integrado por personalidades de diversas profesiones y una capacidad para estar presentes en diferentes esferas del gobierno mexiquense.

reportados como egresos hospitalarios. El SPSS es una política pública cuyo objetivo es materializar, mediante una estrategia de financiamiento y acceso a los servicios de salud, el derecho a la protección de la salud contenido en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, para la población que carece de seguridad social. (Ficha informativa interna).

La definición de criterios establecidos de colaboración y la participación de profesionales en la materia, contribuirá a la creación de los mecanismos para el intercambio de servicios con las instituciones de seguridad social, que a su vez propicien la cobertura universal en materia de salud. (Presentación Interna a los cambios a la Ley General en Salud. Mayo 2014).

Manual de Lineamientos Generales para la Universalización de los Servicios de Salud⁴⁶; el cual contempla la figura del Comité Nacional, que será el encargado de la administración de intercambio de servicios, el cual estará integrado por un representante del IMSS, ISSSTE, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, uno por la CNPSS, por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, y las entidades quedarán adheridas con dos representantes de los servicios estatales de salud de manera anual rotatoria. Así mismo se contemplan los formatos para intercambio de servicios, así como de pago. Se ha concretado el Convenio General de Coordinación para Avanzar Hacia la Universalización de los Servicios de Salud, por el cual el IMSS, ISSSTE y la Secretaría de Salud, definen los lineamientos generales para el intercambio o la prestación unilateral de Servicios de Atención Médica. (Ficha Interna: Avances hacia la universalización de los servicios de salud).

Dentro de los elementos que se deben de observar en materia de Seguro Popular son los recursos económicos -a partir de datos obtenidos vía transparencia- sabemos que para el año 2015, el Seguro Popular de \$2,959.61 cápita por beneficiario, esto podría parecer una cantidad sin sentido; sin embargo, esto implica el gasto en términos reales que se da por un asegurado, pero en realidad esto es nada en términos del perfil epidemiológico del país, si costeamos en realidad el costo de una persona con diabetes o bien un enfermedad oncológica, implica que una parte se costea por sus propios recursos esto quiere decir la negación al

⁴⁶ Se pone la liga para consulta
http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16884/MANUAL_DE_LINEAMIENTOS.pdf

derecho a la salud y también implica observar de manera clara como el desmantelamiento del sector salud termina por dañar profundamente a la sociedad y mantener las desigualdades sociales que generan una determinación social en el proceso de salud-enfermedad-atención y esto se aplica aquí en el Seguro Popular que marca con este dato lo complejo que es recibir la atención médica en el sector público y más sin seguridad social.

Otro de los elementos centrales en materia del Seguro Popular es la carencia de aumento en el número de intervenciones, vamos a retomar algunos datos muy crudos del periodo de análisis para hacer notar la carencia de atención y medicamentos vamos a tomar un año base (2012) y vamos a cerrar el análisis con los datos hasta el 2015 dentro de nuestro periodo de análisis, para comprender el discurso en la práctica de la función del Seguro Popular y podríamos llamarlo un gestor de servicios financiados, a la usanza de los seguros tradicionales y con las limitaciones del mismo.

AÑO	INTERVENCIONES	MEDICAMENTOS
2012	284	522
2013	285	609
2014	285	634
2015	285	641

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud 2016.

Entonces podemos entender que realmente durante el periodo el Seguro Popular no aumento intervenciones médicas y tampoco logró que se den un aumento significativo de medicamentos para la atención de enfermedades, aquí es donde se observa con claridad el pluralismo estructurado y la lógica de mercado, donde se genera un necesidad de atención y medicamentos y se puede trasladar al mercado, esto también es importante señalar que el Seguro Popular en las entidades federativas generó inequidades sociales en el acceso a la salud sumamente graves y también esquemas de corrupción que costó la vida de miles de personas. Este es unas de las problemáticas de no tener un Sistema Universal de Salud con altos elementos de control en la ejecución de los recursos y eficiencia técnica para implementarlo.

Capítulo XVI. Poder Legislativo (2014 – 2016)

En octubre de 2014, se presenta la única propuesta legislativa -esta nace en el Senado de la República- que ha sido turnada y analizada por comisiones para poder ser debatida, cabe hacer mención que la misma no ha sido debatida dentro de las comisiones turnadas y se encuentra en espera de ser revisada⁴⁷ para su aprobación y lectura en el pleno o de desechada.

Podemos también decir de esta propuesta de reforma que guarda algunas similitudes con la planteada por la ex secretaria de salud Mercedes Juan. Sin embargo, esto no tiene conexión política, ya que es presentada por las y los senadores del Partido Acción Nacional, partido de oposición al Partido Revolucionario Institucional (gobernante). Cobra sentido la conexión al observar cómo está un actor institucional detrás de esta propuesta, ese actor es nada menos que FUNSALUD.

Si retomamos un poco las ideas principales de este proyecto de reforma, nos topamos con que existen elementos centrales del pluralismo estructurado y de la propuesta presentada en su momento por la ex secretaria de salud -Mercedes Juan-, esto no es obra de la casualidad, y tiene una lógica que se ha planteado desde hace muchos años por el actor institucional FUNSALUD, con sus diferentes vertientes políticas PRI y PAN -destacamos que hasta la fecha el PRD no se ha sumado a este tipo de propuestas-. Sin importar el partido político⁴⁸ que esté ejerciendo el poder este actor institucional -FUNSALUD- salta a la vista, y discursivamente tiene una serie de ideas y posturas que busca empujar, hasta la fecha no ha sido posible que ellos avances sus propuestas gracias a la resistencia pasiva de otros actores.

Regresando a la propuesta legislativa, queremos hacer notar que la propuesta pasa por dos ejes discursivos centrales que marcan puntualmente las ideas de FUNSALUD; a) unificación de todos los servicios de salud mediante un paquete de garantías explícitas en salud; y b) complejizar el tema de los recursos económicos que principalmente se obtendrán de lo que se quite a los institutos de seguridad social.

⁴⁷ Este proceso se conoce como congeladora legislativa y sirve para dar tiempo político para un análisis a profundidad, evidentemente este proceso no está regulado y por ende puede permanecer por mucho tiempo en este status.

⁴⁸ Destacamos que en México solamente dos partidos han gobernado PRI y PAN.

En este sentido las ideas del pluralismo estructurado y una privatización del sistema de salud en México están ocultas, pero vigentes, en los discursos y se utiliza de manera rebuscada para ocultar elementos que evidentemente están presentes en la idea de un proyecto hegemónico de salud y su consiguiente propuesta de rediseñar el sistema de salud mexicano.

Los actores que presentaron esta propuesta todos son miembros del Partido Acción Nacional, una senadora independiente⁴⁹ -adscrita al Partido Nueva Alianza, al cual renuncia- fueron los que suscribieron esta propuesta, pero ninguno del partido gobernante PRI, esto puede tener la idea de buscar la aprobación desde una trinchera que busca compartir las propuestas del gobierno federal y las de la oposición en una sola propuesta de tal forma que el avance de la misma se diera en un ambiente que no buscara la confrontación entre diferentes actores institucionales. Sin embargo, podemos señalar que las resistencias para avanzar en el proyecto, estuvieron presentes partiendo del hecho que los actores involucraron acciones de dilación del proyecto en su aprobación, buscar los mecanismos de trabar el proceso de negociación y concertar en una esfera menos pública la no reforma del sector salud y avanzar en otro tipo de propuestas que no fueran sobre el proceso de universalización propuesto. Cabe destacar que no existe una propuesta alterna presentada hasta este momento en el legislativo, posteriormente se presentó una segunda propuesta por parte del mismo partido centrándose en elementos más puntuales de la implementación y siendo muy cercana a la propuesta del presidente Peña Nieto; pero aclaramos que estas propuestas han sido las únicas y que se mantiene vigente, y existe la posibilidad de que se aprueben o rechacen en comisiones.

⁴⁹ Cabe destacar que la Sen. Mónica Arriola falleció en marzo de 2016, y la propuesta aún no se debatía. También resalta ser hija de la ex líder magisterial Elba Esther Gordillo.

Capítulo XVII. Comisión Nacional de Derechos Humanos⁵⁰

La única referencia obtenida durante el proceso de investigación fue una presentación del año 2015, en ella el presidente de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) hace una presentación sobre el derecho a la salud:

“El Estado Mexicano debe ejercer influencia sobre factores como la promoción del bienestar físico, la promoción de una alimentación adecuada, hasta factores socioeconómicos, de desigualdad e inclusive los relacionados con el deterioro ambiental; como señalan los estándares internacionales apuntados, México debe construir un robusto sistema de protección de la salud, que permita hacer frente a fenómenos como la desigualdad en el acceso a la salud, el desabasto de medicinas, el que no se cuente con los tratamientos adecuados, y muchos de estos factores tienen que relacionarse con que el Estado adopte su responsabilidad como garante de la salud. (...) Debemos diseñar mecanismos de cobertura amplia, los retos a los que debemos hacer frente se relacionan con el incremento de la poblacional y de la esperanza de vida en un mundo globalizado, ya que se teme que se generalicen los padecimientos como la diabetes, hipertensión arterial y síndromes crónico – degenerativos que podrían prevenirse. (...) Así, la Recomendación General número 15⁵¹ sobre el derecho a la protección de la salud, emitida por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, muestra que entre los aspectos que se deben combatir son: la carencia de presupuesto para contar con la infraestructura y el personal para atender a la población de manera adecuada para desarrollar investigaciones y tener tecnología de vanguardia; el desabasto de medicamentos y la sensibilización relativa a los grupos en situación de vulnerabilidad” (González: 2015: 233 y 234).

En este sentido, proponemos retomar las ideas planteadas por el Dr. Luis Raúl González Pérez, porque son esencialmente una forma contraria de concebir al sector salud, aquí el centro del discurso es dotar a las personas del Derecho a la Salud de manera lisa y llana como lo marca el Derecho internacional desde la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos celebrada en Viena, Austria en 1993. Esto reconfigura una nueva escena para la ejecución de las políticas públicas en materia de salud y su discurso, porque el tema se centra no en el sistema de salud mismo, si no en la persona.

⁵⁰ Se tomó la determinación de agregarlo como actor institucional, si bien su peso ha sido mínimo, por las constantes recomendaciones que se emite al sector salud en su conjunto por parte de este organismo autónomo del gobierno mexicano.

⁵¹ Esta Recomendación General, es del año 2009, y ha sido la base jurídica para sancionar a las autoridades en materia de salud a nivel nacional desde esa fecha. También sustenta gran parte de la lucha por el Derecho a la Salud desde el enfoque de los Derechos Humanos.

Esto ha sido la bandera de lucha de la medicina social y la salud colectiva, como se expresa en la propuesta presentada en el documento de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en el documento, “Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México.”

“La construcción de un sistema único de salud, de base pública, integral, solidario y equitativo se considera la mejor opción para hacer realidad el derecho a la protección de la salud. Con la existencia actual de un sistema fragmentado donde se integran algunas instituciones orientadas a la protección social, avanzar hacia un sistema único de salud supone afrontar retos mayúsculos; (...) La política de salud en la perspectiva de garantizar el derecho a la salud, debe pugnar por un modelo de prestación de servicios que efectivamente universalicen las atenciones que requieren todos los mexicanos. Desde nuestra visión, avanzar hacia un sistema único de salud que posibilite la cobertura universal efectiva, equitativa y solidaria de servicios de salud, requiere establecer explícitamente la universalidad de la prestación de servicios de atención, sin segmentación entre la población, con la articulación de los niveles de atención con base en la atención primaria y con recursos suficientes. En cuanto a los recursos financieros, deben señalarse al menos tres temas relevantes: a) la disponibilidad presupuestaria y las fuentes de su obtención, b) la distribución entre instituciones y población, c) el ejercicio del gasto asignado, la oportunidad, el costo y la transparencia” (López et al.:2013: 269 y 270).

Este elemento de confrontación entre dos visiones de diseño de política pública es una parte fundamental de la concepción de la problemática, si bien el diagnóstico es compartido, el tema de resolución como problema público es evidentemente opuesto y es que en la parte nodal del análisis del discurso podemos observar una diferencia clara entre central el derecho de las personas al acceso a la salud es una concepción donde se busca ejercer un principio de ciudadanía. La concepción de observar al sistema de salud como el centro, invisibiliza las necesidades reales de las personas en su acceso al sistema de salud, es decir se limita como tal un derecho a la salud.

Capítulo XVIII. Discusión

Uno de los elementos centrales en este análisis del discurso es presentar la reforma al sector salud gubernamental como un elemento de construcción de diferentes formas de implementación del sistema capitalista. Es decir, planteamos que la economía neoclásica ha formulado la capacidad de presentarse a sí misma, con diferentes caras o matices de una misma moneda que es el sistema económico capitalista. Planteamos en esta discusión que el origen de la reforma es un proceso estructurado, histórico y transversal con el objetivo de introducir cambios estructurales en el sector salud mexicano para impulsar el ingreso de actores privados, y regular el mercado como meta final de estos cambios.

Planeamos que el gran problema existente entre los actores gubernamentales es como presentar la reforma al sector salud de tal modo que, no genere una resistencia sustancialmente fuerte entre los actores involucrados y la sociedad, que permita librar los escollos de un debate a fondo en el congreso mexicano y que sirva como base para cambios posteriores de mayor envergadura. En este sentido hemos sido testigos de cómo los actores han planteado desde diferentes esferas propuestas para llevar a cabo estos objetivos y fundamentalmente como se han movido en una esfera de los discursos para presentar este tipo de propuestas y sus diseños de política pública.

También tenemos claro que estos procesos se han acompañado de los organismos internacionales, los cuales juegan un papel relevante, pero hasta cierto punto detrás del escenario de la toma de decisiones, así los actores que han impulsado para diferentes posiciones en el gobierno (sea desde el poder legislativo, ejecutivo y en algunos casos judicial) utilizan los argumentos que vierten documentos oficiales como un ariete para sustentar la razón de porque debe llevarse a cabo su propuesta de reforma.

Insistimos en sostener que la economía neoclásica ha logrado tener bajo control los procesos de reforma, y lo único que ha hecho entonces es matizarlos en diferentes formas de diseño e implementación de una política pública, pero que al momento de los resultados se verá la continuidad del proceso.

Partiendo de estas ideas vamos a retomar la tipología propuesta por Carmelo Mesa – Lago, a la cual le daremos una serie de modificaciones para argumentar el por qué en México vivimos un debate al interior de la actual administración para llevar a cabo una reforma con diferentes matices del modelo económico neoclásico.

Partimos por señalar el actual sistema de salud de México “tripartito segmentado o muy segmentado, carente de coordinación adecuada entre los tres subsectores, sin o con baja separación de funciones.” (Mesa – Lago: 2005: 33). El actual sistema de salud en México es tripartito, tiene un aumento constante en la atención privada, aunque no es claro si este sector puede hacer frente a una mayor demanda de la sociedad. Básicamente la mayor cobertura es pública siendo el referente el Instituto Mexicano del Seguro Social (quien también es el mayor pagador de pensiones), quien ha sufrido los mayores desfalcos económicos en diferentes sexenios y falta de capitalización para llevar a cabo su labor. Aun así es el mayor prestador de servicios de salud del país. Le sigue el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (el segundo pagador de pensiones del país), si bien sus servicios se ofrecen solamente a los empleados federales y sus familias, durante años tuvo un abandono presupuestario y una carga a sus finanzas que lo dejó al borde la quiebra, nota aparte son los constantes escándalos de corrupción que sufrió el instituto y que lo pusieron en una situación también de riesgo financiero. El seguro popular es, en principio, de los brindadores de mayor cobertura, aunque el uso real de sus servicios muestra que sería el tercer prestador de servicios, si bien usa parte de los recursos federales su modelo de implantación tiene que ver con los recursos estatales y municipales en infraestructura, hasta la fecha su medición es por cobertura de asegurado y no podemos saber el número de procedimientos y atenciones reales. Posteriormente sigue el sector privado, en este caso debemos señalar que el primer nivel de atención es prácticamente privado, pero la cobertura en segundo y tercer nivel es sumamente limitada.

Este modelo con mayores recursos federales, podría ser un modelo viable para lograr la universalización del sistema de salud, con algunos cambios en materia de recursos humanos y recursos financieros, el modelo serviría y procuraría una mejora en la cobertura real del sector salud de México. Sin embargo, este modelo no es el mejor para la competencia en el mercado de bienes público – privado, fundamentalmente porque exigiría al sector privado

inversiones muy fuertes en materia de infraestructura y personal capacitado con la idea de que no necesariamente se verá reflejado en un aumento de las ganancias para el sector, lo cual marca como principal problemática eso, el mercado es para generar ganancias.

La primera propuesta que analizamos fue la de la Secretaria de Hacienda y Crédito Público, la cual parte de una idea de una universalización basada en un catálogo de operaciones y servicios que permitan cuantificar el costo real de dar atención a una población que aumenta en enfermedades crónico degenerativas. “dual coordinado, combinando subsectores público-seguro social y privado, con funciones separadas de financiamiento y provisión (mayoritaria del subsector público-seguro social) y cobertura casi universal.” (Mesa – Lago: 2005: 33). Esta idea parte de la implementación del modelo de salud en Chile, realmente en este caso podemos observar como una primera variación del sistema económico neoclásico que existe ya la mención de la separación de funciones, principalmente el financiamiento y la provisión, que sería los espacios de mayor ganancia del sector privado en salud, cabe destacar que el proceso de creación del CAUSES (Catálogo Universal de Servicios de Salud) por parte de la SHCP y SS, marcaría la base para cuantificar los gastos y poderlos tasar conforme los seguros de gastos médicos privados, sería una reforma de privatización sumamente frontal y que en su caso posiblemente generaría resistencias sociales extremadamente fuertes y la posibilidad de un quiebre institucional para llevarla a cabo, en este caso además se requiere de cambios constitucionales, que no necesariamente van a mantener la cohesión de las fracciones parlamentarias de los partidos políticos en especial del PRI (Partido Revolucionario Institucional) el cual tiene una fuerte dosis sindical que se mostraría reticente a su aprobación.

En realidad, hablando en un modelo a posteriori, este modelo de propuesta de reforma nunca fue visto viable para su implementación, se hizo vía la reforma fiscal, buscando crear un fondo especial para llevarlo a cabo con impuestos al consumo (en especial a las bebidas azucaradas y alimentos calóricos empacados). Sin embargo, esto no se llevó a cabo del todo, por una razón muy sencilla existió al interior del PRI y el gobierno federal tensiones para poder trabajar en este modelo de reforma al sector salud, aunado a que eran necesarias más reformas se descartó en tanto llegaba una nueva propuesta para llevarlo a cabo.

Cabe destacar que este modelo fue uno de los que se intentó impulsar y podemos reconocer los rasgos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y el

Banco Mundial (BM) como los principales impulsores de este modelo de reforma y que a juicio de los expertos económicos era el que abriría mayores ventanas de negocio al sector privado, nótese que la cobertura universal sería sumamente limitada y los potenciales gastos catastróficos se dispararían en la población mexicana, esencialmente en las clases medias y bajas, sobre todo por la falta de entes reguladores del sector salud y del sector seguros privados, estaríamos en una situación bastante delicada en cuanto a la cobertura real de los servicios de salud.

El modelo propuesto por la Dra. Mercedes Juan –primera secretaria de salud federal-. La propuesta de la Dra. Juan era “un subsector privado y uno público (“vinculado”) de carácter transitorio, con separación de financiamiento, aseguramiento y provisión.” (Mesa – Lago: 2005: 33). Destacándose que este modelo sería similar al sistema de salud de Colombia, en donde convergen por los menos el sector público básico quienes no pueden costear el pago de un aseguramiento y sus principales funciones de aseguramiento –incluidas las estatales en segundo subsector- sería de carácter privado, esto potenciaría las posibilidades de diferentes agentes del mercado para interactuar entre ellos tanto en el financiamiento, aseguramiento y provisión de los servicios de salud. El tema central es que los agentes económicos de manera muy sencilla podrían caer en el escenario de crear oligopolios o empresas de cártel lo que en poco tiempo encarecería los servicios de salud.

Su tránsito por parte del legislativo sería también complicado, esencialmente porque el PRI ha estado opuesto a esta visión del sector salud. El PAN, quien ha sido su impulsor, tuvo siempre como eje de esta articulación al Dr. Julio Frenk, quien es el responsable del diseño de este tipo de reforma al sector salud, aunque siempre desestimó las críticas al sistema de salud de Colombia que se han caracterizado por establecer que en realidad la cobertura y el acceso no son con la eficiencia y eficacia que se plantearon en la reforma. Aunado a que a servido sólo a las empresas quienes han tenido grandes ganancias económicas a costa del sector salud y de la salud de la población en general.

En el caso de la propuesta de Mercedes Juan, esto no debería ser novedad ella se ha forjado en un grupo que ha estado liderado por el Dr. Guillermo Soberón y el Dr. Julio Frenk, con fuertes vínculos al Banco Mundial (BM), para implementar las propuestas que se plasmaron en el documento de 1993 invertir en salud y que se tradujeron al diseño de una política pública

en el documento el pluralismo estructurado de 1997, escrito por Julio Frenk y llevado a la implementación en Colombia.

En esta versión del capitalismo en la cual se impone una forma de mercado abierta, con una competencia –teóricamente- regulada (que no así en la realidad), ha demostrado ser la punta de lanza de diferentes problemas sociales de gran calado, incluso en Colombia se han presentado cambios al modelo original tratando de regular la actuación del sector privado, el cual ha sido el único beneficiario, desmantelando lo que resta del sector público y concesionándolo a los agentes privados.

Podemos señalar que gran parte del trabajo en materia de reforma al sector salud, con estos actores fue crear las instituciones que propone el pluralismo estructurado, es decir avanzar sobre la base de que se pueden crear instituciones bajo un marco legal limitado pero que crear cimientos para fraguar una reforma de gran calado, esto conllevando la posibilidad de forzar una reforma legislativa que finalmente no se dio en los tiempos esperados y en las condiciones que se habían planteado; aun así podemos señalar que los elementos de esta reforma se establecieron con este grupo político y que las condiciones que impulsó fueron contraproducentes.

Destacamos que las posibilidades de esta reforma fueron nulas, fue sumamente clara la resistencia desde el primer minuto que hubo en el legislativo para presentar esta propuesta por parte del gobierno federal, no digamos del PRI. Resulta evidente que quien presentó la propuesta el PAN, jugó un papel preponderante apoyando a la secretaria Juan, aunque eran de partidos diferentes su área real de influencia y grupo político los acercaba en la idea de implementar una reforma completamente de mercado abierto. También fue obvio que sectores al interior del propio gobierno alertaron que una reforma de este tipo golpearía de una forma mucho más contundente la ya dañada imagen de esta administración. Que no era el tiempo, ni el modelo de desarrollo económico neoclásico para implementarlo en el sector salud. Convenientemente la propuesta nunca fue presentada por esta administración, por lo que fue fácil hacer control de daños, establecer tiempos de salida de la propia secretaria del encargo que tenía e impulsar poco a poco cambios que dieran resultados similares. Así en este modelo de reforma podemos asumir que tras unos quince años de intento de su implementación fracasó esta visión de modelo de reforma del sistema económico neoclásico.

Advertimos que este grupo, no está muerto o sin capacidad de volver a incidir en la conformación de una nueva política de salud. Sin embargo, si sostenemos que como tal el modelo propuesto ha naufragado por lo que será interesante ver hacia dónde hacen su viraje y su nueva apuesta. Siendo su apuesta principal mantener la separación de funciones como base para que el sector privado pueda ingresar al mercado regulado y estructurado que quieren con las bases del pluralismo estructurado.

Por su parte los titulares del Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado han apostado por “seguro social unificado que se encarga del financiamiento y la mayoría de la provisión directa, pero negocia con el subsector privado la provisión para parte de los asegurados” (Mesa – Lago: 33: 2005). Aquí hacemos una acotación seguro social unificado que se encarga del financiamiento y la provisión directa, *es compartida y negociada* con el subsector privado *para evitar gastos en infraestructura*. En este esquema se plantea un mayor aumento de los recursos obtenidos fiscalmente y por las cuotas contributivas, esto ayudaría al saneamiento de las finanzas del IMSS, dotaría de mayor infraestructura sin la necesidad de tener gastos mayores, podría controlar de mejor forma los recursos humanos y buscaría a través de la cuantificación de las operaciones como sería el proceso de negociación con el sector privado, el cual si ocuparía un lugar importante para quienes no pueda asegurarse por esta vía o prefieran una inversión consistente en el aseguramiento de los servicios de salud privados.

Pensamos que este modelo de implementación del sector salud en México, tendría al menos dos limitantes sería costoso porque se financiaría con impuestos indirectos, es decir al consumo. El Impuesto al Valor Agregado (IVA) sería agregado a los alimentos y los medicamentos⁵² como el fondo principal de operación del sistema de salud. Un segundo punto determinante es que el acceso parcialmente gratuito sería en relación a una condición laboral la cual sería buscar aumentar el trabajo formal, algo que no se realizado en México desde hace varias décadas y se ha apostado por un aumento del trabajo informal.

Es decir esta propuesta fundamenta una mayor regulación de los agentes del mercado, no deja de lado la parte de competencia entre actores privados, y en su caso busca acercarse a

⁵² Los cuales por cierto ya no sería entregados por el Estado, estos se consumirían privadamente o bien se comprarían al instituto a precio de mercado.

ellos subrogando parte de sus actividades de provisión de servicios. Tiene dos limitantes el financiamiento el cual es extraordinariamente injusto y asimétrico a la realidad de la población mexicana. Y el acceso el cual también está orientado por una realidad laboral que no se conecta con los hechos tangibles del mercado.

Este modelo fue la bandera en la campaña de Enrique Peña Nieto, para ello se utilizaron los principios de Santiago Levy, que trabaja para el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en el cual se acepta que debe haber convergencia público – privada sea por convenios de asociación o prestación de servicios compartidos en materia de infraestructura o recursos humanos. Este modelo ha sido también una bandera de intercambio de servicios especialmente en Costa Rica o Gran Bretaña.

La idea de implementar este tipo de reforma tiene que ver con la capacidad de tener un Estado providente dentro del mercado económico, esto permite en los procesos de mayor problemática social tener un mecanismo de control hacia la sociedad en esta variedad del sistema económico neoclásico, mantiene algunas funciones sociales del Estado como un ente de control, pero no como un elemento de brindar Derechos a los ciudadanos.

Podemos sostener que una de las ideas centrales de implementar este tipo de reforma tiene que ver con la conformación de la biografía del actual mandatario, donde existe la necesidad de tener elementos de control de la sociedad. Además de una concepción donde el sector salud le es relevante para el control de la sociedad y de mantener lo que se considera un Estado providente el cual quita a los ciudadanos sus derechos y los convierte en súbditos de un gobernante en turno que les brinda la posibilidad de acceder algo tan sensible como la salud por la vía del control político y la lealtad al régimen. Sostenemos que no piensa el sector como una manera de obtener mayor equidad social y revertir las desigualdades sociales intrínsecas a la falta de derechos ciudadanos que les permita seguir adelante.

A su vez de poder hacer mercado mediante los esquemas de asociación público - privados, este esquema lo han impulsado fundamentalmente en la construcción de la infraestructura hospitalaria del ISSSTE y en algunos hospitales del IMSS. Si bien, esto no es obra exclusiva

de este sexenio, si es uno donde esto se ha impulsado de mayor manera⁵³, así podemos plantear que la idea de este modelo es tener una parte de control de la prestación del servicio de salud creando un mercado privado para el sector desde alguna de las esferas que son del mercado.

Este grupo ha trabajado desde hace varios años con los postulados del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y en algunos puntos con las propuestas de la OCDE en el informe de salud para México del año 2016. Esencialmente en el rubro de financiamiento la concurrencia entre los postulados del BID y la OCDE se empalman con la propuesta tanto de los institutos de salud como de la propuesta de salud general que había desarrollado Enrique Peña Nieto en campaña, destacándose por tener como acompañamiento la reforma en materia hacendaria -esta sí se llevó a cabo en este sexenio- y cambios en las leyes laborales, todo parecía encaminado para consagrar la reforma propuesta en salud, sin embargo esto no sucedió.

Quizá donde tuvieron algunos puntos de discrepancia estuvo en la operación del sistema, y aunque los dos hablan de un paquete de aseguramiento, en la medida de acordar como sería el trabajo de los institutos, centralmente en el tema de las pensiones. Debemos señalar que en este punto los procesos de intercambio de servicios han ido en aumento e incluso el proceso para igualar los procedimientos y el costo de los servicios en salud, esto en el marco del Acuerdo hacia la Universalización de los Servicios en Salud del año 2016.

Este grupo podemos señalar es el más consolidado, en tanto que hablamos de un grupo tecnocrático trans-sexenal que se ha podido afianzar tanto con el PRI como con el PAN (esencialmente los dos directores del IMSS, que comparten un origen común) y esto los hace el grupo más factible para seguir impulsando esta reforma.

En este grupo podemos señalar que su trabajo en el armado de la reforma ha tenido tintes variopintos, por un lado, han sido opositores a que les quiten los recursos de los institutos (esencialmente el IMSS) y han generado las resistencias suficientes para retardar la entrada y avance de una reforma frontal, han logrado ser tomados en cuenta y establecer una agenda para que con ello la reforma y los cambios les dé algún tipo de beneficio político. Señalamos

⁵³ Cabe destacar la reforma constitucional para la regulación de las asociaciones público – privadas, con fecha del 26 de abril de 2016.

que el interés tiene que ver con los recursos financieros y esencialmente con defenderse de una macro saturación en la prestación de los servicios de salud, no se está tratando de un tema de proyecto o concepción del sector salud, podemos especular que tal vez la concepción del sector y la integración la asumido como positivas, pero consideran estar ante todo tener mayores recursos y por supuesto mayor visibilidad, esto también es una manera de tener herramientas para negociar con la parte sindicalizada, la cual casi siempre es invisibilizada en los discursos y esto puede traer consigo algunos problemas que no han sido tomados en cuenta. Por esto también es interesante observar que la configuración de los titulares de los institutos su perfil es netamente técnico – económico (sobre todo en el IMSS) y de un más técnico – político (sobre todo el ISSSTE) en ello se puede establecer que por un lado se busca tener un instituto de finanzas sanas y otro de carácter más político que potencie las necesidades de la reforma al sector salud.

El caso del grupo actual en el sistema nacional de salud que ha sido liderado por el Dr. José Narro Robles ha impulsado el Acuerdo Hacia la Universalización de los Servicios de Salud. A partir de este punto la llamaremos la reforma silenciosa; no podemos llamarla como tal una reforma de fondo al sector salud en México porque no tiene los elementos constitutivos de una reforma para su debate. Sin embargo, en los hechos hablamos de una reforma institucional silenciosa que se ha caracterizado por hacer la reforma al sector salud desde dentro, es decir localizar las posibles convergencias entre la autonomía del IMSS y el ISSSTE con el SPSS (seguro popular) y por supuesto la Secretaría de Salud para su coordinación. Partiendo de cambios institucionales en la conformación de los recursos financieros para una homologación de servicios mediante paquetes básicos operados desde una lógica de intercambio de servicios entre instituciones públicas; evitando de momento la creación de nueva infraestructura por parte de las instituciones en el marco de una lógica operacional que media la subrogación de las atenciones. La idea de impulsar este mecanismo es que el mayor beneficiado será el Seguro Popular y la Secretaría de Salud, por un lado tendrá una concurrencia presupuestaria -en la lógica de que no habrá recursos frescos para ambas instituciones- en las subrogaciones que realicen en los centros operados por ellos; y la segunda gran ventaja es que vendrá un proceso de cobertura ampliado, para sustentar este punto es interesante observar como ambos institutos -principalmente el IMSS- recibirán

mayores pacientes, pero este incremento laboral no se asemeja al incremento de los recursos que tendrán los institutos en el mediano y largo plazo.

Es necesario enmarcar que esta reforma se ha podido llevar a cabo por los siguientes elementos que comprendió el equipo del Dr. Narro: a) Baja visibilidad política y ante los medios de comunicación; b) no se requiere un cambio en la ingeniería de las finanzas públicas y tampoco de una reforma fiscal que implique aumento a los impuestos al consumo; c) no se requirió de la aprobación del H. Congreso de la Unión para llevarse a cabo todo fue un acuerdo voluntario de partes y con algunos elementos del CAUSES que representaban mayor aprobación.

Podemos señalar que la baja visibilidad ante los medios de comunicación y la falta de información ha generado una desarticulación de los movimientos sociales y resistencias al interior del sistema de salud. Ha logrado poner en marcha los principios de la reforma con una baja visibilización en los medios y sus discursos, podemos señalar que este ha sido el punto de inflexión para poder dar avances constantes en materia de una reforma que se cimienta y en breve dará paso a cambios más profundos, sus discursos van en ese sentido.

En materia de elementos financieros, ha logrado ser cauto no implicar en sus discursos nada que pueda comprometer su forma de ver la reforma y evidentemente mantener como aliados a los directores de los institutos. En este sentido la posición en los discursos ha sido clave para señalar que se requieren recursos adicionales y que de ello depende una mejora en los servicios; siendo la mejor opción de momento transversalizar los recursos materiales y humanos para maximizar los recursos financieros.

Esto ha implicado que de momento en la parte financiera las actividades fluyan de manera similar a como venían fluyendo, sin necesidad de crear elementos legales nuevos y condiciones que requirieran de un cambio profundo en materia legislativa y aprovechando los espacios de vacío que existen dentro del sistema.

Por su parte en materia de los discursos el tema que se ha silenciado de manera total (y como forma de poner distancia de su antecesora) es el de una reforma de carácter constitucional que diera pie a una nueva controversia sobre el debate de fondo del sector salud; aquí podemos establecer que el cambio de idea de no centrarse en una reforma constitucional al

sector salud y plantearlo a través de la universalización de los servicios de salud, ha sido una estrategia bastante hábil ya que ha motivado la desmovilización del gremio del sector salud conjunto a la sociedad civil. No obstante en materia de discurso lo que no se dice es lo realmente valioso, por eso es relevante señalar que esta ausencia en los medios y los discursos no queda ajena a que detrás se está trabajando para conseguir una reforma constitucional al sector salud.

Así en este sentido de realidad no visibilizada podemos establecer que los primeros pasos de la reforma ya se han puesto en marcha desde una trinchera que no es el legislativo y esto tiene en gran medida sentido, ya que el tema más complicado para cualquier administración es el hecho de plantear una reforma de alcance constitucional, más cuando se trata del sector salud derivado de que esto si genera acciones y movimientos encaminados a detenerlos o al menos a contrastarlo.

En el caso de México, este debate no es nuevo, pues desde hace casi dos décadas se establece un debate en torno a cómo orientar los servicios de salud de México para su máximo beneficio; podríamos decir que una de las diferencias fundamentales es la de establecer los ingresos para este sistema, tanto por cuotas, impuestos sobre la renta, impuestos al consumo, o combinaciones entre estos esquemas, de ello depende gran parte de la reforma que es la forma de obtener los ingresos y como se pueden distribuir los mismos a través de esquemas financieros público – privados; privados o netamente públicos.

En otro punto donde se da un debate de altura es la concepción de la universalización de los servicios de salud, dado que una posición es la de tener acceso a la salud de manera universal sujeta a un catálogo de prestación de servicios lo cual sería de manera limitativa a un esquema de atención universal. Por otro lado se establece que el acceso a la salud debe ser de manera universal, sin condicionante algún tipo de paquete o intervención que limite el acceso pleno a la salud; en este modelo se establece la salud como un derecho universal y de acceso para cualquier ciudadano sin distinción de su condición social, laboral o monetaria. Es preciso destacar que mi postura se encuentra en el sentido de que la salud es un derecho universal para cualquier ciudadano y por tanto tiene exigibilidad ante el Estado, no es regresar a un estado de bienestar es dotar de derechos a cada uno de los ciudadanos para acceder a la salud.

En el sentido de estos debates se han implementado estas dos posiciones en políticas de salud de manera clara: Por un lado en la Ciudad de México la Dra. Asa Cristina Laurell plasmó una atención en salud gratuita y de libre acceso para toda la población mediante impuestos a la renta y con gratuidad para la población en medicamentos y tratamientos. La otra ha plasmado a través del Sistema de Protección Social en Salud, acceso limitativo a la salud, quitando gratuidad en los medicamentos y tratamientos, esta ha sido liderada por el grupo de Julio Frenk como cabeza, seguida por José Ángel Córdova y Salomón Chertorivsky; retomado he intentado lanzar de manera más fuerte por Mercedes Juan López y en estos momentos continuada veladamente por José Narro, quien ha sido el pilar fundamental para llevar la segunda parte de esta implementación que es la de considerar una reforma silenciosa pero que establece su camino a la consolidación.

Hacia dónde quiere ir el Dr. Narro con esta reforma nosotros planteamos en esta tesis que la idea es tener un sistema de salud tripartito segmentado, con coordinación adecuada, separación parcial de funciones, centralización de los fondos en la Secretaría de Salud y lograr una cobertura virtualmente universal, basada en la condición laboral y socioeconómica para su acceso en el sector salud.

Pensamos que este esquema de reforma es el que impulsará el siguiente sexenio, puesto que la reforma al sector en salud en México -en general en el mundo- representa un proceso largo de confrontación con la sociedad y también una resistencia bastante importante por parte de los recursos humanos al interior del hospital.

Uno de los elementos de esta reforma es no conducir hacia una confrontación de los actores, es claro en la parte de los discursos que se busca matizar y acallar el tema de una reforma estructural que lleve a cabo un proceso de apertura del mercado en materia de salud⁵⁴, esto fue una cuestión necesaria, porque básicamente en la medida que avanzaba el sexenio los rumores crecían sobre una reforma de este tipo. Como señalamos en el caso de la Dra. Mercedes Juan, su mayor error fue publicitar la reforma y apoyarse en FUNSALUD, su

⁵⁴ Para quien escribe esta tesis la posibilidad de que el mercado ayude a mejorar las condiciones de salud de la población en su conjunto, son francamente nulas, los ejemplos de Colombia, Chile entre otros países de América Latina y el mundo muestran que es mejor un Estado fuerte y proveedor de estos servicios en igualdad de circunstancias para la población.

propuesta de impulsar desde el Modelo de Atención Integral en Salud (MAS) habla en algunos apartados la necesidad de impulsar el pluralismo estructurado y hacer una reforma de gran calado. Esto llevó a que se vinieran encima un número importante de críticas y la atención de un número importante de ciudadanos con oposición a los planteamientos de la Dra. Juan. Evidentemente esto terminó con la posibilidad de una reforma y por supuesto su permanencia en el gabinete, junto con las críticas que oficiosamente se vieron por parte del primer director del ISSSTE.

Discursivamente el grave error de la Dra. Juan fue la publicidad que le hizo a la reforma, en tanto buscó hacer presión en el grupo que se encontraba en el legislativo para tener eco de una reforma al sector salud de manera que se plasmaran como leyes constitucionales los principios que consideraba debía ser la reforma del sector salud, es decir el diseño que había trazado FUNSALUD y el equipo de Julio Frenk desde hacía algunos años; para ella era fundamental que este entramado quedara en leyes constitucionales y se hiciera una reforma mucho más estructural para acelerar los cambios al sector, evidentemente olvidó que entorno a las políticas de salud existen muchos desacuerdos y lo que permaneció fue una confrontación entre los diferentes modelos de concebir a la salud –incluidos modelos neoliberales-.

Esto le costó a la Dra. Juan no sólo el puesto, si no perder de paso la posibilidad de tener el control total de una reforma al sector salud en los términos que el grupo político de FUNSALUD se los había establecido previamente, este descontrol en materia de discurso motivó el cambio en el sector salud y en el discurso de la reforma.

Por su parte el Dr. Narro jamás habló de una reforma sus discursos han sido más matizados ha resaltado la necesidad de mejorar la infraestructura y optimizar los recursos para ampliar el sistema a quienes tienen un menor acceso a los servicios de salud. Agregándole que llegó con algún bono de legitimidad que le daba haber sido rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, aunque en el fondo su trabajo ha sido cimentar la base de una reforma de gran calado, su proceso ha sido más silencioso y certero que el de su antecesora. Podemos decir que la reforma silenciosa ha caminado y que está construyendo una nueva cara del sector salud en México.

José Narró Ha sido su principal impulsor y desde su trinchera en la UNAM ha tenido clara la idea de una reforma al sector salud, podríamos decir la fusión entre los planteamientos de FUNSALUD y algunos rasgos similares atraídos a Levy.

Sustentamos este punto en el documento que se elaboró en la UNAM hacia un nuevo modelo de seguridad social. En su apartado de cómo debe ser el *sistema universal de salud* señala que; “se propone crear un sistema universal de salud con las siguientes características: a) que garantice la universalidad de la atención a la salud con servicios preventivos, curativos y de rehabilitación y servicios ambulatorios y de hospitalización; b) que sea descentralizada su operación; c) que articule la totalidad de los programas. (...) El financiamiento de este sistema puede darse de dos maneras: a) Mediante la persistencia de un esquema de cuotas para la población derechohabiente y canalizando los recursos para población abierta del gasto gubernamental a esta institución; b) A través de la eliminación de cuotas de seguridad social, pero con un incremento a los impuestos que gravan la riqueza.” (Narro et al. 2010).

En una segunda parte ha planteado la manera de implementarlo. “Servicio Nacional de Salud que tendría como propósito central garantizar la cobertura universal de los servicios de salud de tipo preventivo, curativo y de rehabilitación, tanto de orden ambulatorio como de hospitalización. Para alcanzar este objetivo, será necesario integrar la totalidad de las instituciones y programas públicos de salud en una sola institución. Conviene no olvidar que el sistema actual se ha reproducido como un sistema segmentado que impone muy serios obstáculos corporativos y de concepto para avanzar en firme hacia una unificación efectiva y productiva. A este respecto, habría que añadir que en esta perspectiva el seguro popular debe verse como un vehículo para arribar y converger en este propósito integrador. Más que una alternativa hay que entenderlo como una vía opcional cuyo valor y legitimidad.” (Narro et al. 2010).

Como podemos observar las ideas de Narró y el equipo que representan van encaminadas hacia un allanamiento para la implantación de una reforma en materia del sector que podríamos llamar mixta tiene algunos elementos del pluralismo estructurado, pero también tiene elementos nodales de la reforma propuesta por Santiago Levy. Podríamos decir que este tipo de reforma retoma los elementos tanto del Banco Mundial, del Banco Interamericano de Desarrollo, del Fondo Monetario Internacional y hasta principios de la Organización Mundial

de la Salud. Su pluralidad ha sido su mayor virtud en tanto que los organismos internacionales van avalando la reforma, tal vez los actores privados -en especial las aseguradoras- han sido los más cautos en celebrar los avances que ha tenido el nuevo proceso de reforma silenciosa en el sector salud.

Podríamos señalar que en materia de políticas públicas y de discurso la estrategia de Narro ha sido la de evitar la confrontación con los distintos actores y posiciones en materia de una reforma de alcance constitucional; ha lanzado los principios de universalización que sostiene tanto el pluralismo estructurado como la propuesta que enarbola el grupo de Santiago Levy, esto le ha permitido diseñar dos elementos que faltaban en la reforma una base de datos de asegurados por parte de la instancia prestadora, para evitar la duplicidad en la prestación de los servicios, en las cuales se va avanzando y una estructuración de transversalizar los servicios de salud a través de la infraestructura y la firma de un acuerdo con las entidades federativas que en poco tiempo hará las bases de una reforma de menor escala en materia de cambios en el sector salud.

En este sentido el segundo gran momento de los planteado por Narro es crear una descentralización más efectiva del sector salud dotando de herramientas puntuales a la estructura de salud estatal, pero siguiendo con la lógica de una estructura centralista en la toma de decisiones y con la idea de que esto se mantenga en la parte financiera, podemos especular que gran parte de una lógica conceptual en materia de una reforma al sector salud en la mente del Dr. Narro será entre menos pueda confrontarse será mejor para poder avanzar en el camino de una reforma de carácter de menor visibilidad legislativa pero de mayor impacto para crear mercado, desde una óptica más neoliberal la postura del Dr. Narro es ir creando los espacios donde habrá una competencia de mercado.

En este sentido consideramos que el estado de la reforma en materia de salud en México se encuentra en un proceso de transición velada, es decir va en aumento los cambios de menor escala en el sector salud; se ha encontrado el mejor camino discursivo para dejar de visibilizar el tema, se habla poco de él; se han puesto en marcha cambios importantes basta ver el estado que guarda el acuerdo hacia la universalización de los servicios de salud, que ha empezado con cambios muy pequeños como son el intercambio de servicios.

Podemos afirmar que los actores que menos han aparecido en la escena pública son los más interesados como son la industria farmacéutica del país y al de seguros que esencialmente ven en la construcción de este sistema universal de salud el trampolín para fijar cuotas y mercantilizar de mayor manera la salud en México. Los elementos que ha propuesto el Dr. Narro son mecanismos que van hacia este punto; la reforma silenciosa de Narro va caminando para crear los elementos operativo – funcionales del sistema, los cuales no requieren de procesos legislativos que generen confrontación y ante una baja en la visibilización de los medios de comunicación estamos ante una reforma silenciosa que avanza vorazmente.

Podemos señalar que hasta marzo de 2017 (aunque está fuera del periodo de análisis), se ha logrado establecer la ruta crítica para instaurar elementos directivos que puedan ser utilizados como medida de referencia para todas las instituciones de salud, se ha logrado homologar el catálogo de servicios de salud y las guías para señalar como se debe establecer los costos de los servicios de salud. Adicionalmente se está trabajando en la construcción del padrón único de beneficiarios en materia de salud, algo esencial para este modelo de operar el sistema de salud.

Cabe destacar que las perspectivas en el corto plazo son retomar los elementos de las reformas implementadas en Colombia y Chile, buscando tener los mecanismos usados en estos países para implementar la reforma al sector salud y los conceptos de universalización. Destacándose que estos cambios tienen de fondo cambiar a un sistema de salud mucho más privado y en donde el mercado es la base de la accesibilidad, pensamos que en estos momentos lo más delicado es el avance silencioso de este tipo de reforma, ya que el silencio en los discursos y la bajísima visibilidad del tema está abriendo la puerta a una desarticulación de los movimientos sociales y posibles resistencias que se pudieran dar. Advertimos que la visión de un sistema universal de salud no es mala, lo que consideramos negativo es crear un sistema de salud que polarice en el acceso a la salud las ya inaceptables desigualdades económicas que privan en el país.

En este sentido sostenemos que algunas de las propuestas del esquema Levy se ven plasmadas, citando a Levy.

“Los incentivos a la informalidad aumentan cuando se crean programas sociales para trabajadores informales sin distinguir si son informales como resultado de un acto legal (trabajadores por cuenta propia o comisionistas) o ilegal (contratados por empresas sin inscribirlos en la seguridad social). Desde la perspectiva del mercado laboral, estos programas, por su mayor parte gratuitos, es decir, pagados por el fisco, son un subsidio a la informalidad. Este subsidio ha crecido mucho en los años recientes. En 2006 se destinó casi 2% del PIB a programas sociales para los trabajadores informales y sólo 0.6% a la seguridad social de trabajadores formales.” (Levy: 2009).

Observamos como la conceptualización del sistema universal de salud tiende a tener una visión negativa, esto no es nuevo ya que uno de los principales problemas para la concepción del sistema de salud universal, pasa por un error conceptual juntar los elementos de una política laboral justa en la cual se plasmen derechos laborales congruentes con la realidad laboral que permita un goce de vida digno y otro de la política social encaminada a la salud en la cual se requiere de forma necesaria una sistema de salud público y de acceso universal para abatir las amplias desigualdades sociales que se hacen en el acceso al sistema de salud.

En este sentido compartimos la postura de Sonia Fleury, en la cual se establece un mecanismo de recaudación e implantación de los recursos fiscales, cabe destacar que este sistema es el que utiliza el Sistema Unificado de Salud de Brasil.:

“Entre los fondos de salud se encuentran recursos reunidos y asignados por las municipalidades y estados a sus respectivos sistemas, pero la parte principal de los recursos es transferida de los fondos nacionales (ingresos de impuestos y aportes a fondos sociales). Durante las últimas décadas, el gobierno federal se ha hecho cargo de más del 70 % de los gastos totales del sector público, pero ha habido una participación creciente de los niveles subnacionales. El mecanismo establecido para lograr consenso y administrar los recursos y su asignación es la Comisión Interadministrativa de las Partes (Tripartita, que reúne a los niveles nacional, estatal y municipal, y Bipartita, que incluye a las autoridades sanitarias a nivel estatal y municipal).” (Fleury: 2002).

Pensamos que las medidas de universalización que pueden ser puestas en marcha están ligadas a retomar los procesos de descentralización de los servicios públicos de salud introduciendo un componente de contraloría social que permita utilizar de manera más transparente los recursos públicos, buscando un aumento de la cobertura de los servicios de salud. Pensamos que este modelo de implementación del sistema de salud puede ser exitoso

si logra tener nuevos actores colectivos que participen activamente en la resolución de problemas públicos dentro de las instancias de salud locales.

Sin embargo, la propuesta de Narro y el grupo que domina la esfera de formulación de las políticas de salud, tiene la firme idea de tener un modelo que amalgame el pluralismo estructurado de Frenk y las posturas de Levy (pensando un mayor consenso en el grupo neoliberal de salud).

Así se entiende, que en materia de *cobertura universal*, se está pensando que para garantizar un acceso a la misma sea basado en la atención de un esquema o paquete de atención básica a la salud, en donde cada persona puede acceder a él mediante las modificaciones que se hagan al CAUSES (catálogo de servicios en salud), con una expansión progresiva de la cobertura y que el sistema de seguridad social mantengan ciertas obligaciones de atención, aunque tenga una disminución de los fondos que recibe por concepto de cuotas. Asociando una idea particular que es la eficiencia y calidad de los tratamientos como inversiones en salud, donde se reasignan los recursos a la atención primaria en enfermedades particulares y se busca disminuir las que son más costosa o degenerativas.⁵⁵

Este grupo ha trabajado sobre la base de que los recursos que se han establecido en materia de salud, deben pasar por procesos de focalización en aras de una mejora en la distribución de los recursos. Sin embargo, la posición que sostengo es que se está trabajando cada vez más rápido por una reestructuración de las funciones del sector salud, que podría tener mayores consecuencias a la larga, una de ellas una mayor exclusión en los servicios de salud de la mayoría de la población, esencialmente porque los procesos de focalización tienen que ver más con elementos de costo – beneficio para la atención en salud, olvidando la parte humana que termina por ser esencial en el sistema de salud y en un correcto acceso; por el otro lado la fragmentación del sistema de seguridad social vuelve más injusta y desigual las condiciones de contratación, poniendo una presión constante sobre los institutos de seguridad social, en donde tienen un aumento en la cobertura de manera constante y una constante baja en los recursos propios al suprimir las cuotas, lo que implica en el fondo una transferencia de

⁵⁵ En este caso hablamos de las llamadas enfermedades raras o de poca prevalencia.

los servicios salud -y sobre todo los recursos- al sector privado, que termina siendo lo que se desea evitar.

Esto quiere decir que el trabajo de la gestión del Dr. Narro es esencialmente, mantener un discurso neutro e incluso cuasi silencioso de mantener una separación de las funciones en términos del pluralismo estructurado, en donde la modulación ha sido desarrollada e implementada de una manera casi en su totalidad; esto quiere decir un mayor peso de la Secretaría de Salud en la parte de diseño y la regulación a través de la COFEPRIS con mayor peso del que había venido teniendo. Esto lo ha trabajado desde el lanzamiento del Acuerdo hacia la Universalización de los servicios de salud, donde ha seguido una técnica de firma – zanahoria; donde los recursos llegan con mayor prontitud a quienes están más cerca de lo propuesto por la Secretaria de Salud.

En materia de financiamiento, el trabajo ha sido mucho más complejo, ya que la Comisión de Protección Social en Salud (también conocido como *seguro popular*) se ha esforzado por entregar los recursos a través de fórmulas de asignación que favorecen de manera muy particular a las entidades federativas que se ha alineado de mejor manera a las decisiones del gobierno federal, y aunque existen pocos elementos para hacer una crítica profunda, podemos observar con preocupación que la entrega de los recursos hacia las entidades federativas empieza a tener también la dualidad de ir haciendo el esquema de participación del sector privado, sobre todo en la construcción de la infraestructura, lo que conlleva un elemento de asociación público – privado, donde la experiencia internacional muestra que esto termina siendo negativo.

En este punto es necesario plantear que muy posiblemente se siga la fórmula planteada por Levy, que significa, “homogeneizar la tasa del IVA a 15% para todos los bienes y servicios, sin excepción alguna. Ello debe simplificar mucho la recaudación y administración del impuesto, y ayudar a combatir su evasión.” (Levy: 2009). En este punto la idea es tener un financiamiento basado en los impuestos generales al consumo y transferir los recursos de las cuotas a fondos privados o de uso privado, como sucedió con el tema de las pensiones.

Donde no ha existido avance -aparentemente- es el apartado de articulación, un tema donde que tiene que ver con la forma en que se prestaran los servicios. Actualmente el esquema

sigue siendo entre los servicios de salud estatales, el IMSS e ISSSTE, además del sector privado, parece este punto el más difícil de avanzar, debido a los temas sindicales los cuales siguen teniendo un peso fuerte y han utilizado todos los elementos a su alcance para detener los avances de este punto. Sin embargo, existe un punto donde se ha avanzado en este sentido que es la parte de tener un padrón de usuarios y que basado en este pueda ingresar el sector privado con seguros especializados o complementarios para proveer los servicios de salud. Esencialmente en este punto considero que se trabajará en tener una articulación más cercana con los principios de Santiago Levy, donde la aplicación de la reforma requiere de tener un seguro de salud con mejores condiciones para quienes trabajan de manera formal, como un beneficio extra a su condición laboral y esto va en detrimento de una política de salud universal que realmente sea de derechos colectivos.

Apartado III. Conclusiones

Capítulo XIX. Principales resultados.

Una de las características de esta tesis es haber planteado la necesidad de visibilizar a través del análisis del discurso el devenir de la reforma neoliberal al sector salud en México, la investigación empieza como un ejercicio de *análisis crítico del discurso* (ACD) observando que durante la actual administración se ha avanzado en las llamadas reformas estructurales (para esta investigación reformas neoliberales o neoclásicas), es más durante el periodo de delimitación de la investigación y formulación del problema pensamos que sería mucho mayor el nivel de visibilización en los medios y se daría un debate público; esto no ocurrió, por el contrario fue un tema que se fue invisibilizando en los medios, de no ser por las redes sociales en los grupos cercanos a la salud. Aunado a eso la desinformación fue generando un cumulo de fastidio y hartazgo que apago toda forma de movilización activa.

En este sentido la investigación se topa en primer momento con un análisis del discurso *anormal*, es decir el tema central no convergió con las normas comunes y aceptadas para observar la relación exacta entre lo que se dice y se ejecuta. Sin embargo, si tuvo la posibilidad de visibilizar un elemento nodal: los discursos no tienen ninguna relación con los actos que llevaron a cabo nuestros actores, este elemento nos permite entablar por un lado una comparación entre lo que sucedió en los discursos y las acciones concretas; otro elemento nodal es que pudimos observar a los actores internacionales, los que tras bambalinas forjan el diseño de políticas públicas para su posterior implementación. Esto quiere decir que la realidad detrás de las políticas que se llevan a cabo es mucho más basta y rica para hacer un análisis de fondo; considerando que la salud es una arena de debate en donde convergen posiciones encontradas y se juegan elementos de orden teórica y práctica para implementar modelos ad hoc como la solución más adecuada a las necesidades de la población.

En este sentido es necesario comprender que el hacernos de información fue un primer obstáculo de la tesis, la gran mayoría fue vía transparencia y en el caso específico de la Secretaría de Salud la carencia de información fue notable y tuvimos que recurrir a la asistencia de eventos, el seguimiento en medios y se tuvo que desechar la información de redes sociales por las constantes inconstancias que se encontraban. Por su parte el trabajo con

el Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y el Seguro Popular, el acceso a la información fue suficiente para poder establecer que los datos obtenidos nos eran de utilidad y por ende no se buscó más información, aunque destacamos que si hubo acceso a otras fuentes las mismas no fueron requeridas.

En este sentido el análisis del discurso nos lleva a plantearnos que las transformaciones en la reforma silenciosa que se está llevando a cabo contempla solamente la visión de un grupo, que ha tenido conflicto para definir cuál era el modelo adecuado y cómo lo iban a operacionalizar; han logrado al menos un primer acuerdo que es la manera en que el sistema se va a operacionalizar; podemos decir que han podido conjuntar las estrategias de las políticas públicas para crear un mercado regulado de salud en el cual se observa que el sector privado será un prestador más de los servicios de salud, en principio no debe competir con el sector público. Sin embargo, con la experiencia de la privatización de los servicios públicos en México, puedo inferir que esto no se dará y que por el contrario el modelo puede terminar siendo mucho más caótico de lo que plantean.

Regresando al análisis del discurso una de las evidencias más importantes para nosotros fue establecer la falta o carencia de presencia en los medios de comunicación tradicionales del tema de una reforma de salud, pareciera que después de las declaraciones de la Dra. Juan entorno a una reforma de carácter constitucional, se dio la orden de no tocar más el tema de no encender una nueva línea de fuego para el gobierno. Lo que ha privado es la desinformación, la carencia de información clara y objetiva disfrazada con datos estadísticos que establecen el aumento de la cobertura como el nodo central de esta administración, sumado a la posición de comodidad de establecer el acuerdo como la punta de lanza de estos logros.

En ese sentido la necesidad de tener que disminuir la presencia en los medios de comunicación fue total por un lado, se tuvo que trabajar en la conformación de una baja de elementos que confrontaran a la sociedad y que abriera un frente de tensión con la sociedad, más cuando ya existían varios frentes abiertos con la sociedad mexicana. Particularmente por las reformas aprobadas y los escándalos de corrupción en los altos niveles de la vida política

mexicana, en este sentido se buscó hacer una reforma operativa con los límites legales posibles y con el menor grado de publicidad en materia de medios de comunicación.

Podríamos decir que los elementos de implementación de la reforma los llevaron a cabo, y en ese sentido es necesario hablar de la reforma no legislada o de una no reforma implementada porque esencialmente no se requirió del proceso legislativo, se congeló en materia legislativa las propuestas de reforma y se ajustó a las condiciones técnico – operativas para pilotear las bases del sistema de salud que se han configurado. Esto va obligar que en muy poco tiempo se legisle pero con una ruta mucho más clara y con un bajo margen de maniobra para cambiar el sector salud y su reforma, parte de ello se establece en la reforma hacendaria, de ahí que rescatemos el texto sobre los impuestos especiales a refrescos y alimentos altos en carbohidratos en el cual se establece una de las bases que es crear impuestos especiales para ir creando un fondo que permita la compra de servicios de salud (tanto públicos y privados); esto puede ser la punta de lanza para ir desapareciendo las cuotas obrero – patronales que se pagan en el IMSS e ISSSTE, esto puede desembocar con la finalización del financiamiento que se hace por la suma de los seguros de salud y maternidad que son básicos para la viabilidad financiera de los institutos, pero que es necesario para que se pueda dar un ingreso al mercado de manera ventajosa y crear las condiciones para una competencia que no se traducirá en mejores servicios de salud para la sociedad en general.

Podemos decir que las bases de esta reforma son esencialmente transitar de un procesos de salud semi mercantilizado, hacia un sistema de salud con alto grado de mercantilización en la prestación de los servicios de salud, rompiendo con las instituciones y los elementos de un régimen de bienestar para llegar a un régimen mercantil, sin llegar a un verdadero estado de derechos ciudadanos que permita en la salud realmente crear un ejercicio de ciudadanos con plenos derechos que sean capaces de ejercerlos y no verlos como un estado providente que de manera filantrópica los regala o los provee a cambio de la lealtad al régimen político.

En este sentido claramente el derecho a la salud entraña un conflicto con los intereses del mercado y un grado alto de mercantilización de la salud, ya que ciudadanos que exijan la salud como un derecho, no aceptaran de ninguna manera que la prestación se condicione a los costos del mercado y a las condiciones de imposición del sector privado para su atención; en si mismo se habla de derecho al acceso a la salud como una manera de marcar en el

discurso el derecho a la elección que el mercado te imponga lo cual en esencia es la negación al verdadero derecho a la salud, por lo que en sentido estricto el discursos ante los medios tiene la finalidad de vender una idea errónea de un verdadero derecho a la salud.

Podemos decir que en principio para diseñar los elementos básicos de la *no reforma de salud*. Un sistema basado en la provisión privada complementada con un seguro público.

Este sistema promueve en si un mercado regulado a las condiciones que imponen los recursos porque en la medida que se tienen mayores recursos económicos, se accede a servicios de salud privados con mayor rapidez y comodidad, baja saturación por su costo. Por su parte quienes no tiene acceso a la seguridad médica privada, se atenderán con un seguro público financiado por el gobierno, (mediante fondos especiales como los impuestos a los refrescos o impuestos a alimentos y medicinas) el mismo tendrá una saturación medida por los ingresos que tenga la población; altos niveles de bajos ingresos, supondrán la saturación del sistema y en su momento esto puede volverse un problema real. Contemplado al sistema de salud público como compensatorio de quienes no tiene acceso a los servicios de salud privados mediante un paquete de servicios mínimos.

Este sistema de salud tiende a una polarización social en virtud de que se está segmentando a la población en la medida de sus ingresos, determinando el acceso a la salud y a los servicios que se encuentren contemplados en el paquete; algo que ya se ha visto en diferentes países y en México en particular con la educación, siendo un tema de ética política y social. Adicionalmente las condiciones estructurales de la desigualdad social en México marcan el inicio de un proceso cada vez más grave de ruptura del tejido social. En materia financiera el seguro público será rebasado en su infraestructura, recursos humanos y materiales por lo que se deberá hacer una inversión considerable, es decir el Estado sigue pagando una parte importante en la medida que la desigualdad crece.

En principio en esta tesis consideramos como sistema de salud universal, aquel que no hace una discriminación de las personas, es decir cada una de ellas tendrá el acceso al mismo sistema de salud, en igualdad de condiciones tanto en la cobertura, la calidad en la atención y en su acceso a los elementos como medicamentos y tratamiento desde el inicio hasta su resolución. Esto sirve en tanto como un derecho ciudadano a la salud y a fortalecer el tejido

social por no estar expresamente realizado para un sector de la sociedad, lo que implica que en estos servicios se da una guía de igualdad, por lo que los esfuerzos para sostenerlos son compartidos. Su financiamiento depende de impuestos generales, personalmente considero que se deben mantener las cuotas obrero-patronales y agregar impuestos al consumo de manera focalizada, junto con fondos que provengan de las entidades federativas, pero el acceso debe ser netamente público sin competencia con el sector privado; pueden coexistir de manera paralela mas no convergente. La competencia en si no es mala, pero no existe evidencia de que en materia de salud existan resultados positivos para la sociedad en su conjunto y en el acceso efectivo a la salud; por el contrario la evidencia de la coexistencia de una competencia regulada en el mercado de salud es negativa para la sociedad en general para el acceso a la salud en momentos de mayor vulnerabilidad y donde los únicos ganadores son los actores que se pueden beneficiar de este tipo de mercados es decir el sector empresarial y esto no tiene ningún elemento ético y moral.

Por ello es grave que se haya avanzado en los planteamientos técnico – operativos de la reforma al sector salud en México en este sexenio, escapa a la vista que las reformas estructurales que se llevaron a cabo en este sexenio fueron precedidas de esta fase y que al final la conjetura de operar los cambios legales fue básicamente un trámite para actualizar las leyes a los marcos que mejor convinieran a la parte de implementación de las reformas y en ese sentido podemos señalar que la reforma al sector salud ha seguido su camino cada vez franco a la llegada de cambios de orden legislativo, estamos ante un cambio donde se tendrá un sistema de salud con algunos elementos básicos del pluralismo estructurado y de las propuestas que ha señalado Santiago Levy, parece que el camino ha quedado allanado en materia de las diferencias que se tenían para su implementación y operación, lo grave es que de seguir así la población en su conjunto será la más afectada y los actores que han impulsado esta terrible reforma al sector salud, es decir el sector más ligado a los organismos internacionales tendrá la victoria a un costo muy alto para el país.

Considerando las limitantes de la tesis, quiero plasmar una reflexión final que rondó por mi mente en todo este tiempo, ¿Realmente hubo intención de una reforma constitucional en materia de salud o por el contrario esto fue una concesión para que avanzara el Pacto por México? Aquí señalo que la reforma en materia de salud con alcance constitucional podría

haber estado en un primer momento dentro de la agenda de reformas que se buscaban realizar, pero al ver el complejo escenario legal, político y social que se daba en el año 2014, se optó por no tener una reforma de este alcance y simplemente cambiar leyes secundarias -algo bastante frecuente en la vida legislativa de México- con algunas adecuaciones mínimas en los marcos técnicos y operativos. Aquí yace la principal limitante de la tesis, apostamos por ver una reforma constitucional, pero se deja de lado observar las dinámicas político – legislativas, que pertenecen a la esfera de los observatorios ciudadanos y evidentemente chocan con los procesos académicos que se deben llevar a cabo para presentar una tesis doctoral. Hasta aquí la reflexión que hago, pero me parece justo señalar que esta tesis presenta como documento una serie de propuestas teóricas que se invita a retomar en siguientes investigaciones:

- La relación entre un análisis del discurso y el diseño de políticas públicas como herramienta de análisis crítico.
- Defender el sistema de salud público, como un derecho que debe ser punta de lanza en la construcción de la ciudadanía.
- Pensar el sistema de salud mexicano como un elemento histórico que se ha ganado en base a las luchas sociales y que se ha defendido de diferentes embates manteniendo un fuerte componente público.

Bibliografía:

Anaya González, José Antonio y García Cuéllar, Regina. (2015). *The transformation of the Mexican Social Security Institute (IMSS): Progress and Challenges*. En *Health System and Reform*. 1:3. PP. 189 – 199.

Bardin, Laurence (2002). *Análisis del contenido*. Ed. Akal ediciones.

Belmartino, Susana. *Una década de cambios en la organización en la seguridad social médica ¿reconversión o reforma?* En Spinelli, Hugo (Comp.) (2008). *Salud Colectiva. Cultura instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*. Ed. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

Belmartino Susana. *Políticas de salud: ¿Formulación de una teoría o construcción de un problema por investigar?* En Fleury, Sonia (1992). *Estado y Políticas sociales en América Latina*. Ed. UAM – Xochimilco y FIOCRUZ – ENSP. México.

Bizberg, Ilán. (2015). *Tipos de capitalismo y sistemas de protección*. En Bizberg, Ilán. (Coord.) (2015). *Variedades del capitalismo en América Latina: Los casos de México, Brasil, Argentina y Chile*. Ed. El Colegio de México.

Brachet – Márquez, Viviane. *Reformas de la salud en México 1990 – 2010: Un balance y tres escenarios futuros*. En Uribe, Mónica. (Coord.) (2011). *Tomo V. Desigualdad Social*. Col. Los grandes problemas de México. Ed. El Colegio de México. México.

Brachet – Márquez, Viviane. (2010). *Seguridad social y desigualdad, 1910 – 2010*. En Cortés, Fernando y De Oliveria, Orlandina. (Coord.) (2010). *Los vaivenes de las políticas sociales en Argentina, Colombia, Chile, México y Uruguay. ¿Neoliberalismo o posneoliberalismo?* Ed. Porrúa y Universidad de Guanajuato. México.

Brachet – Márquez, Viviane. *La reforma de los sistemas de salud y previsión social en México, 1982 – 2000*. Brachet – Márquez, Viviane. (Coord.) (2007) *Salud pública y regímenes de pensiones en la era neoliberal. Argentina, Brasil, Chile y México 1980 – 2000*. Ed. El Colegio de México. México.

Brachet – Márquez, Viviane. (2001). *El pacto de dominación. Estado, clase y reformas sociales en México (1910 – 1995)*. Ed. El Colegio de México. México.

Caballero Juárez, José Antonio, Moctezuma Barragán, Gonzalo y Maqueo Ramírez, María Solange. (Sin fecha). *Elaboración de proyecto de iniciativa de reforma a la constitución política de los estados unidos mexicanos para garantizar el acceso al sistema universal de salud*. Ed. CIDE.

Carrillo, Ernesto. *La evolución de los estudios de administración pública: La cuestión del objeto*. En Pardo, María del Carmen (comp.) (2004). *De la administración pública a la gobernanza*. Ed. El Colegio de México. México.

Diario Oficial de la Federación (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018*.

Diario Oficial de la Federación (2013). *Programa Nacional de Salud 2013 – 2018*.

Espíndola Mata, Juan (2004). *El hombre que lo podía todo, todo, todo. Ensayo sobre el mito presidencial en México*. Ed. El Colegio de México. México.

Fairclough, Norman. *El análisis crítico del discurso como método para la investigación en ciencias sociales*. En Wodak, Ruth y Meyer, Michael (2003). *Métodos de análisis crítico del discurso*. Ed. Gedisa. Barcelona, España.

Fajardo Dolci, Germán (Coord.) (2018). *Ritmo y rumbo de la salud en México. Conversaciones con los secretarios de Salud 1982 – 2018*. Ed. Fondo de Cultura Económica.

Filgueira, Fernando. *El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina, eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada*. En Roberts, Bryan (1998). *Ciudadanía y política social*. Ed. FLACSO. San José, Costa Rica.

Fleury, Sonia. *Modelos de reforma de la salud en América Latina*. En Spinelli, Hugo (Comp.) (2008). *Salud Colectiva. Cultura instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*. Ed. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

Fleury Sonia. *¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia*. En: Molina C, Núñez J, (eds.) (2001). *Servicios de salud en América Latina y Asia*. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, Estados Unidos.

Flick, Uwe (2015). *El diseño de la investigación cualitativa*. Ed. Morata. Madrid, España.

Frenk, Julio. *Las dimensiones de la reforma del sistema de salud*. En Ruiz Durán, Clemente (1997). *Sistemas de Seguridad Social en el Siglo XXI*. Ed. Diana – Fundación Luis Donaldo Colosio. México.

Garretón, Manuel Antonio (2001). *Cambios sociales, actores y acción colectiva en América Latina*. Ed. CEPAL. Santiago de Chile.

Garretón, Manuel Antonio y Espinoza, Malva. (1993). *¿Reforma del estado o cambio en la matriz socio-política? el caso Chileno*. En *Perfiles Latinoamericanos*, núm. 1, diciembre, 1993, pp. 133-170. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Distrito Federal, México

Giménez, Gilberto (1981). *Poder, estado y discurso. Perspectivas sociológicas y semiológicas del discurso político – jurídico*. Ed. UNAM. México.

Giménez Béliveau, Verónica. *Capítulo 3. Categorías, teoría y campo, Reflexiones sobre la naturaleza y el uso de las teorías en investigación cualitativa*. En Vasilachis de Gilardino, Irene (Coord.) (2018). *Estrategias de investigación cualitativa. Volumen II*. Ed. Gedisa. Barcelona, España.

Granda, Edmundo. *¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?* En Revista Cubana de Salud Pública Vol.30 Núm.2. Abr.-jun. 2004.

Guillén Diana y Melo, Gabriela. *Reforma a la ley del ISSSTE*. En Hernández, Mara; Del Tronco, José y Sánchez, Gabriela (2009). *Un Congreso sin mayorías. Mejores prácticas en negociación y construcción de acuerdos*. Ed. FLACSO – México. México.

Habermas, Jurgén (1975). *Perfiles filósifocs – Políticos*. Ed. Taurus. Madrid, España.

Habermas, Jurgén (1999). *La inclusión del otro. Estudios de teoría política*. Ed. Paidós. España.

Habermas, Jurgén (2008). *Más allá del Estado nacional*. Ed. Trotta, España.

Laurell, Asa Cristina y Cisneros Lujan, Angélica Ivonne. *Construcción de un proyecto contrahegemónico de salud. El caso del Distrito Federal, México*. En Tetelboin Henrion, Carolina y Laurell, Asa Cristina (Coord.) (2015). *Por el derecho universal a la salud: Una agenda Latinoamericana de análisis y lucha*. Ed. CLACSO – UAM- Xochimilco.

Laurell, Asa Cristina (2015). *El impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Ed. UV – CLACSO. México.

Laurell, Asa Cristina (2012). *Cobertura universal de salud. ¿Aseguramiento o Sistema Público y Único de Salud?* En Ramírez López, Berenice y Ham Chande, Roberto. (Coord.) (2012). *Encrucijadas, prospectivas y propuestas sobre la seguridad social en México*. Ed. UNAM / COLEF. México.

Laurell, Asa Cristina (2010). *Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina*. En *Revista de Medicina Social*. Volumen 5. Núm 1.

Laurell, Asa Cristina (1997). *La reforma contra la salud y la seguridad social*. Ed. ERA y Fundación Friedrich Ebert.

Lechner, Norbert (2012). *Norbert Lechner: Obras I. Estado y derecho*. Edición de Ilán Semo, Francisco Valdés Ugalde, Paulina Gutiérrez. Ed. FCE – FLACSO. México.

Lechner, Norbert (2013). *Norbert Lechner: Obras II. ¿Qué Significa hacer política?* Edición de Ilán Semo, Francisco Valdés Ugalde, Paulina Gutiérrez. Ed. FCE – FLACSO. México.

Lerdo de Tejada, Sebastián (2013). *Acta de la reunión de trabajo ISSSTE. Comisión de Seguridad Social*. Versión estenográfica.

Lerdo de Tejada, Sebastián (2016). *La Visión del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*. En Comisión de Seguridad Social. (Ed.) (2016). *Seguridad social en salud, pensiones y desempleo. Miradas desde México y América Latina*. Ed. Senado de la República LXIII Legislatura.

Levy-Algazi, Santiago. (2011) *¿Universalización de la salud o de la seguridad social?* *Gaceta Médica de México*, 147(6), 455-468.

Londoño, Juan Luis y Frenk, Julio (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo. Serie documentos de trabajo 353. Washington, Estados Unidos.

López Arellano, Oliva y Blanco Gil, José. *Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal*. En Jarillo Soto, Edgar C y Guinsberg, Enrique (2007). *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Ed. Lugar editorial. Argentina.

Magalhaes Bosi, Maria Lucia y De Carvalho Affonso, Katia (2007) *El derecho a la salud y la participación popular*. En Magalhaes Bosi, Maria Lucia y Mercado Francisco Javier (Comp.) (2007). *Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud*. Ed. Lugar editorial. Argentina.

Molina Salazar, Raúl Enrique, et al. *Políticas alternativas en salud*. En Calva, José Luis (Coord.) (2012). *Derechos sociales y desarrollo incluyente*. Ed. Juan Pablos editores. México.

Murayama, Ciro y Ruesga, Santos M. (2016). *Hacia un Sistema Nacional Público de Salud en México*. Ed. UNAM – Instituto Belisario Domínguez.

OCDE (2012). *Getting It Right. Una agenda estratégica para las reformas en México*. Ed. OCDE.

Osorio Martínez, Martín. *Reforma a la ley del Seguro Social. ¿Una nueva reforma de intervención estatal en materia laboral?* En El Cotidiano (2004). núm. 128, Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco, noviembre-diciembre.

Parsons, Talcott (1968). *La Estructura de la Acción Social*. Ed. Ediciones Guadarrama. Madrid, España.

Peña Nieto, Enrique. (2011). México: *La gran esperanza. Un Estado eficaz para una democracia de resultados*. Ed. Grijalbo. México.

Rapley, Tim (2007). *Los análisis de la conversación, del discurso y de documentos en investigación cualitativa*. Ed. Morata. Madrid, España.

Renkema, Jan. *Manejo de la Comunicación. Evaluación de la calidad del discurso institucional*. En Revista Iberoamericana de Discurso y Sociedad (2001). Vol. 3 Núm. 4 diciembre. Gedisa. Barcelona.

Samaja, Juan (2014). *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Ed. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

Solís, Fernando. *Perspectivas del sistema de pensiones*. En Ruiz Durán, Clemente (1997). *Sistemas de Seguridad Social en el Siglo XXI*. Ed. Diana – Fundación Luis Donaldo Colosio. México.

Souza Minayo, María Cecilia de. *Ciencia, técnica y arte: el desafío de la investigación social*. En Souza Minayo, María Cecilia de (Coord). (2007). *Investigación social. Teoría, Método y Creatividad*. Ed. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

Souza Minayo, María Cecilia de. *Las múltiples razones de la práctica teórica*. En Spinelli, Hugo (Comp.) (2008). *Salud Colectiva. Cultura instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*. Ed. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

Souza Minayo, María Cecilia de. *Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa*. En Salud Colectiva (2010) vol. 6, núm. 3, septiembre - diciembre, 2010, pp. 251-261 Universidad Nacional de Lanús. Argentina.

Spinelli, Hugo. *El proyecto político y las capacidades de gobierno*. En Revista Salud Colectiva (2012). Vol. 8 Núm. 2 mayo – agosto. PP 107 – 130. Universidad Nacional de Lanús. Argentina.

Tetelboin, Carolina. *Políticas sociales y de salud. Las reformas y los derechos ciudadanos en América Latina*. En Tetelboin Henrion, Carolina y Granados Cosme, José Arturo (coord.) (2015). *Debates y problemas actuales en medicina social. La salud desde las políticas y los derechos, el trabajo, la formación y la comunicación*. Ed. UAM-Xochimilco. Serie académicos. México.

Tetelboin, Carolina. *Políticas y reformas a los sistemas de salud en América Latina*. En Jarillo Soto, Edgar C y Guinsberg, Enrique (2007). *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Ed. Lugar editorial. Argentina.

- Touraine, Alain (2004). *¿Qué es la democracia?* Ed. Fondo de Cultura Económica. México.
- Valdés Vega, María Eugenia (2007). *El Estado*. En Emmerich, Gustavo Ernesto y Alarcón Olguín, Víctor (coord.) (2007). *Tratado de Ciencias Políticas*. Ed. Anthropos – UAMI.
- Van Dijk, Teun. (2012). *Discurso y contexto. Un enfoque sociocognitivo*. Ed. Gedisa. España.
- Van Dijk, Teun. (2011). *Sociedad y Discurso*. Ed. Gedisa. España.
- Van Dijk, Teun. *La multidisciplinaria del análisis crítico del discurso: un alegato en favor de la diversidad*. En Wodak, Ruth y Meyer, Michael (2003). *Métodos de análisis crítico del discurso*. Ed. Gedisa. Barcelona, España.
- Van Dijk, Teun. *Análisis Crítico del Discurso*. En Revista Anthropos (1999). Núm. 186. Septiembre – Octubre. PP. 23 – 36. Barcelona.
- Vázquez, Daniel y Aibar, Julio. *Introducción*. En Vázquez, Daniel y Aibar, Julio. (Coord.) (2013). *Procesos políticos de América Latina una lectura crítica al neoliberalismo*. Ed. FLACSO – México. México.
- Woldenberg, José. (2013). *Del voluntarismo al pluralismo*. En Revista Nexos. Vol. XXXV. Núm. 432, PP. 17 – 18.
- Woldenberg, José. (2006). *Después de la transición. Gobernabilidad, espacio público y derechos*. Ed. Ediciones Cal y Arena. México.