

La salud en crisis: un balance sexenal

A. Córdova
G. Leal F.
C. Ravhaev S.

Con el aparente revestimiento de su capacidad para compenetrarse con los problemas actuales de la salud en México, el Sistema Nacional de Salud se ha revelado, más bien, como la resultante de la acción de un conjunto de fuerzas que han terminado por conformar una política pública impuesta y de compromiso frente a las necesidades de la nación de Estado y los requerimientos de su proyecto de "modernización". Por primera vez en la historia del atávico gremio médico mexicano, una de sus fracciones, la que se articula desde el ejercicio de la sociomedicina, ha sido empujada por aquellas fuerzas a encadenar la asistencia y la atención a una apuesta estatal. Para la fracción médico-clínica, éstas siempre fueron tareas primordialmente "humanitarias". Para los biomédicos, ellas sólo podrían resultar de una creciente incorporación de las ciencias biológicas. Lo que hasta hace muy poco fueron dos rutas confluyen ahora en un itinerario común: el del llamado "cambio estructural en la salud". Con él se inaugura una forma de legitimación estatal cuyo sello característico es el de la subordinación de los trabajos sobre las necesidades nacionales de salud sólo en la medida en que ellos se ajusten al cumplimiento de un empeño sexenal de perfil "modernizador".

De la misma manera que para otros ámbitos de la vida social mexicana, para el Sector salud el rasgo de continuidad que marca la candidatura de Salinas de Gortari a la presidencia de la república por parte del PRI, pospone el balance de las políticas "modernizadoras" concebidas por los nuevos administradores de la salud, por lo menos hasta la primera mitad de la década de los noventa. Todavía no sabemos si, por su esencia, dicho balance se distinguirá del "ajuste de cuentas" que aconteció durante 1982 frente a los resultados de la "de-

cena trágica": Echeverría estrenó su banda tricolor subiéndolo los precios del azúcar y haciendo cimbrar la estructura de esa industria que hoy puede ser ubicada como una zona de desastre; López Portillo acudió a la ceremonia del cambio de poderes unos cuantos meses después de haber izado la bandera mexicana en una plaza que hoy ya no existe.

¿Hemos de esperar hasta aquella lejana fecha para iniciar el ajuste? Por lo que hace a ciertas tendencias inerciales en marcha, sí; por lo que hace a los grandes armados de las políticas sectoriales ya definidos, por supuesto que no. Frente a lo que el régimen califica como ya ganado, la revisión es inaplazable. Es justamente en el umbral entre esas apuestas modernas lanzadas dentro de la austeridad en curso y las evidencias de lo ya ganado, donde puede proponerse un temario para la búsqueda de un balance preliminar.

Legitimación y crisis de la nación de estado a la nación real

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es una criatura del México austero. Al recibir la adhesión de trabajadores y funcionarios de la Secretaría de Salud, el precandidato del PRI lo recordó: "Con los escasos recursos de que se dispone debe darse prioridad fundamental a la salud de los mexicanos; por ello dedico a ustedes un elogio, porque lograron hacer más con menos".¹ La acción y los alcances de la obra sexenal suceden en este contexto. Lo que sobre ella se observe debe partir de este *a priori*. Cualquier lectura que se inscriba en los marcos de una economía de la verdad debe ceñirse a ese

¹ *La Jornada*, 30-10-87.

parámetro, que forma parte del mundo en que se encuentra la obra.

Esta aproximación a los logros de la gestión sexenal se inicia considerando los efectos de su acción sobre la legitimación del régimen posrevolucionario en su programa social, y sobre la "solidaridad" con los grupos de población más afectados por la crisis.

La franja que corresponde al programa social, y con él a la legitimación del régimen de la revolución, está en entredicho. El nivel de operación del SNS se desenvuelve en un contexto de choque entre las grandes líneas políticas del empeño modernizador y los propósitos estrictamente sectoriales de asistencia y atención a la salud. Algunos datos de la cuantificación elaborada por los mismos administradores del sistema ofrecen la mejor evidencia.²

El gasto en salud ha sufrido una merma considerable, sea que se lo compare con el PIB o con el total del gasto público federal. Tomando como base el año de 1978, corregido con el índice de inflación respectivo, la reducción de la participación del gasto en salud dentro del gasto público federal entre 1982 y 1986 fue de 47.1%. Pese a esta caída y al incremento poblacional observado en el periodo, el acceso de la población a los servicios de atención médica se elevó en más de 10 millones de habitantes. ¿Cómo ha sido esto posible?

Con el estilo administrativo característico de su gestión, los responsables de la obra responden: gracias al crecimiento de la cobertura legal de las instituciones de seguridad social; esto es, a la construcción, ampliación, habilitación, rehabilitación,

² "El cambio estructural en la salud", *Salud Pública de México*, INSP, vol. 29, no. 2, marzo-abril, 1987. "IV. El financiamiento de la salud para consolidar el cambio".

adaptación y readaptación de centros de salud, hospitales, unidades de primer nivel de atención, clínicas-hospital y centros de rehabilitación; al aumento de plazas para contratar personal en los estados descentralizados; al incremento de la productividad en los servicios, y a la homologación salarial entre los trabajadores del sector.

Los recursos destinados al nivel de operación del SNS, sin embargo, siguen consumiéndose principalmente en la atención curativa. La estructura del gasto por programas entre 1978 y 1986 destina un promedio de 70% del presupuesto del sector a este tipo de atención, reservando muy pequeñas proporciones para la atención preventiva, la formación de recursos humanos, la capacitación de la población y la investigación científica y tecnológica.³

La población del país actualmente cubierta —un 87% del total de habitantes—, se encuentra en situación muy diversa: a las instituciones de seguridad social, que cubren al 49% de la población total, correspondió un 83.5% del presupuesto de 1986, mientras que a las instituciones encargadas de la población abierta, con el 33% de la población del país a su cargo, correspondió el 16.5%. El 5% que completa al 87% de la población amparada se considera cubierto por la atención privada.

En el año de 1984, el gasto per cápita en salud fue 3.5 veces menor para la población abierta que para los usuarios del régimen de seguridad social. Las repercusiones que ello tiene sobre los índices

³ A lo cual habría que añadir algo que en el documento analizado no se detalla, a saber: la distribución al interior de cada uno de estos programas. Sería necesario analizar el tipo de atención curativa que consume esa enorme proporción del presupuesto, así como el tipo de investigación al que se destina la mayor parte de la mínima proporción de ese rubro.

de recursos por usuario potencial (clínicas, camas censables, médicos y enfermeras) para cada una de las dos subpoblaciones, son evidentes.

La distribución regional del presupuesto refleja también profundas disparidades: para 1986, el gasto anual per cápita en entidades como Baja California Sur y el D.F. fue superior a los 10 000 pesos, mientras que para otras como Morelos, Puebla y Veracruz, estuvo por debajo de los 1 500 pesos.

El mapa de la desigualdad en la aplicación de los recursos tanto por programas como, específicamente, por su incidencia efectiva sobre los grupos de población, coincide con el saldo de la Revolución Mexicana: la paulatina muerte del México rural, el centralismo como forma de gobierno, el corporativismo como correa de transmisión con la sociedad civil.

Un sobrante de este saldo, las políticas de salud, se autonomizan buscando corregir los resultados globales del proceso. Pero, a pesar de los empeños de los modernizadores, las líneas estratégicas para la consolidación del SNS se estrellan con las tendencias profundas de ese México que ellos conciben como moderno, tendencias que en tanto que regularidades culturales de larga duración integran las raíces de los perfiles patológicos y la estructura de la demanda de atención, esto es, del *problema social* de la salud.

Frente a estas tendencias las líneas estratégicas semejan gotas de agua en la piedra caliente. Originadas en un diagnóstico, en una consulta y en un programa de gobierno sexenal, matizadas por una imagen de la *nación de Estado* "acosada" y por una visión administrativa de la salud, estas líneas estratégicas y prioritarias se topan con la *nación real*.

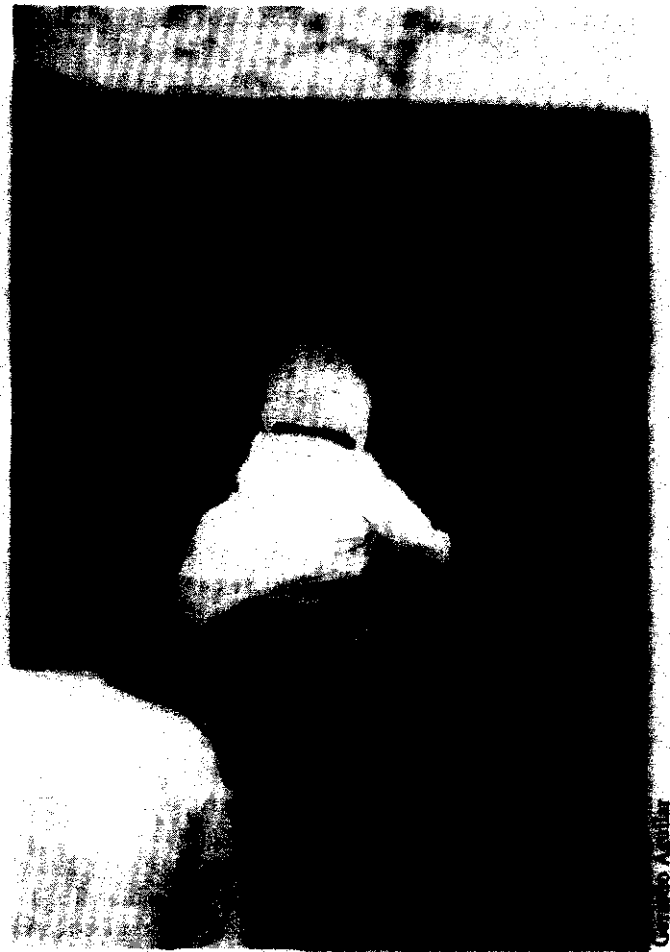
Es en este espacio intermedio entre nación de

estado y nación real donde surge la vía programática del "hacer más con menos". En esas zonas de encuentro la acción sectorial se trasmuta en palabra oficial, su capacidad de penetración efectiva se exhibe y pone en entredicho su propia legitimidad. El programa social del régimen agranda su distancia respecto a las necesidades de la nación real. Y es ahí donde intermitentemente irrumpe el discurso justificante o, en el mejor de los casos, la falsa equivalencia que convierte al problema social de la salud en un acertijo de administración de los servicios de atención médica, asistencia social y salud pública.

Las catástrofes útiles

La segunda franja de la gestión sexenal, la de la gestión "solidaria" en la crisis, es probablemente la que se encuentra más identificada y sobre la que más tinta ha corrido. El balance de este fragmento de la obra acontece cotidianamente bajo la forma de innumerables testimonios que señalan la inadecuación de los programas nacionales de salud. Pero hay, no obstante, desenlaces que ya han tocado a la puerta.

Entre 1982 y 1987 el nivel de operación del SNS ha sido empleado como paliativo de la crisis y, particularmente, del creciente deterioro de las condiciones de vida de la población asegurada y abierta. Financieramente, esta franja ha sido rebajada por el presupuesto federal a la condición de cabús de la locomotora nacional. Pero políticamente, cuando las aguas que median entre la nación de estado y la nación real se agitan, la presume como el armón, como su punto de avanzada, su modelo de "solidaridad". Ello se refleja en la tendencia a



incrementar la cobertura a la población más desprotegida, expresada entre otros aspectos en la reducción relativamente menor del gasto para instituciones que atienden a la población abierta, contra aquella que ha afectado a las de seguridad social

(45.8% para las primeras y 47.5% para las segundas, con año base 1978 y cifras ya deflactadas).

Los obstáculos que la nación real opone a los programas de solidaridad en la crisis han sido enfrentados con recursos de legitimación francamente inusitados.

Sin duda, las dificultades para la reversión del modelo hospitalario y la edificación de una alternativa centrada en la atención primaria son muy evidentes. Pero no dejan de sorprender los términos en que los nuevos administradores de la salud han aprovechado los sismos de septiembre de 1985 en favor de su labor. La infraestructura de los servicios de salud resultó, como es sabido, gravemente afectada. Cerca del 10% de las vidas cobradas por el desastre se perdieron en los hospitales derrumbados; una cuarta parte de la capacidad hospitalaria a cargo de la Secretaría de Salud en la zona metropolitana desapareció; más de 4 000 camas quedaron destruidas. Para estudiar y enfrentar los daños sufridos por el sector, la Secretaría formó un grupo de prospectiva, cuya investigación concluyó en la necesidad de reforzar el primer nivel de atención (el no hospitalario) y mejorar la distribución de las instituciones del segundo nivel. El siniestro pasó a convertirse en un reto para alcanzar estos propósitos: "A pesar de que el sector salud fue el más afectado por la pérdida —sin precedentes en la historia nacional y mundial— de profesionales, instalaciones y equipo, la catástrofe permitió profundizar la reforma del sector y literalmente allanó el camino para su profundización".⁴

Este recurso de la legitimación parecería re-

conocer la necesidad de los sismos como precondition para la reversión del modelo hospitalario y, en el paroxismo del imperio de las visiones administrativas de la salud, reconvertir a la fuerza sísmica en un punto de apoyo para la obra sexenal. Las necesidades de la nación de Estado materializadas en la consolidación del SNS no sólo olvidaron, durante los días posteriores al sismo, las necesidades de la nación real sino que, como se advirtió con frecuencia, pasaron por encima de ellas y fabricaron un *quid pro quo* químicamente puro: mientras los terremotos se ensañaban sobre el cabús los conductores de la locomotora estudiaban los resultados de la desgracia como un combustible alternativo a la solidaridad nacional.

De acuerdo con la información oficial, para controlar y tener un seguimiento adecuado de los infectados por el SIDA, que se calculan entre 35 y 70 mil en todo el país, se requiere 11 veces lo que gasta todo el sector salud en los programas de detección oportuna de enfermedades y control de enfermedades transmisibles. Para ambos programas se erogaron durante 1987 32 mil 895 millones de pesos. Para controlar el SIDA se requerirán, ahora, 361 mil 845 millones.⁵ Y nuevamente, de cara al problema, las visiones administrativas de los responsables nacionales de la salud pública invierten los términos de la cuestión: "Como ahora se está financiando al sector salud —por un lado la seguridad social, y por el otro la atención a la población abierta—, va a ser muy difícil afrontar el problema que representa el SIDA. No es previsible que la Secretaría incremente sustancialmente su presupuesto para brindar el mismo nivel de aten-

⁴ Fenk, J., González, M.A. y Sepúlveda, J. "Los sismos de septiembre y la salud en México", *Estudios demográficos y urbanos*, no. 4, El Colegio de México, enero-abril de 1987.

⁵ "Necesarios para controlar el SIDA, 361 mil 845 millones", *La Jornada*, 7-12-87.

ción a todos. Con la actual organización de los servicios de salud no se puede comenzar a hablar de prevención efectiva. Es preciso reorganizar los servicios y multiplicarlos".⁶ De tal suerte que el control del SIDA puede ser "aprovechado" para el trabajo sexenal de reorganización de los servicios de salud.

Si el nivel de operación del SNS ha sido empleado como paliativo de la crisis, uno de sus instrumentos técnicos, las cifras de población cubierta por la seguridad social, fueron también requeridas en calidad de garantes de una de las variables del fenómeno económico estricto: el indicador del nivel nacional de empleo. La asimetría de este recurso de legitimación sorprendió, entre otros, a los analistas del mundo laboral. La alquimia de esta *opus nigrum* se derrumba frente a la simple constatación de que la población cubierta por la seguridad social (IMSS e ISSSTE) se compone en su mayor parte por los familiares de los trabajadores, de modo que la aproximación a los niveles de empleo desde las cifras de aseguramiento se circunscribe sólo a la fracción de trabajadores asegurados. En el año de 1980, del 45% del total de la población cubierta sólo un 9% estaba constituido por trabajadores y el 36% restante por derechohabientes que eran preponderantemente familiares, relación que no ha cambiado sustancialmente en los años posteriores. Pero además, si se compara a los trabajadores asegurados con el total de la población económicamente activa al menos para 1980, aquéllos no constituían ni la mitad de esta última, situación que varía entre regiones y sectores de la actividad.⁷

⁶ *Ibid.*

⁷ Córdova, Leal y Martínez, "Riesgos y condiciones para la salud de los trabajadores mexicanos", *Ciencia y desarrollo*, no. 66, p. 57.

El cambio estructural en la salud y la nación real

El SNS se encuentra articulado desde una visión administrativa de las condiciones y niveles *reales* de salud y del *problema social* que entrafía. En esta visión predomina un enfoque sociomédico de factura gremial y de matriz estatalista.⁸ Los artífices de la acción sexenal conciben su labor como un "cambio estructural en la salud" y como una profunda transformación que coloca a México a la vanguardia internacional en el esfuerzo por redefinir la misión y las estrategias organizativas de los sistemas de salud.⁹ La obra se presenta como una "reforma sanitaria", como una "reforma estructural sin precedentes". El dominio de esa concepción administrativa destaca en las siguientes dos vertientes del programa sexenal, en las áreas que privilegia y en las que subordina:¹⁰

1) Los nuevos administradores de la salud distinguen en el "cambio estructural" dos niveles a los que identifican como macro y micro. El *primero* se refiere a las definiciones del marco social, económico, político y cultural en que se da la prestación de los servicios y a las concepciones que se tienen sobre el papel del Estado en dicha atención. El *segundo*, ubicado dentro del primero, se refiere a la organización específica de los recursos para la prestación de los servicios. Las condiciones y los niveles *reales* de salud quedan derivados en este par de "cortes" administrativos.

2) La nueva modalidad de conducción que ejerce la Secretaría de Salud se reconoce explícita-

⁸ Córdova, Leal y Martínez, "La salud o el huevo de la serpiente", *La Jornada Semanal*, 15-2-87, p. 7.

⁹ "Presentación" a "El cambio estructural en la salud", *Salud Pública de México*, *op. cit.*, pp. 121 y 122.

¹⁰ *Ibid.*, y "Los sismos de septiembre. . .", *op. cit.*

mente que los progresos en esta materia dependen de su interacción con otras áreas de la vida nacional. A ello responde una de las líneas estratégicas para la consolidación del Sistema: la coordinación intersectorial. Para tal propósito están diseñados tanto el Gabinete de Salud y el Consejo de Salubridad General, como la presencia de las secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría de la Federación y de Hacienda y Crédito Público, así como las comisiones internas de interacción sectorial. En concordancia con el Sistema Nacional de Planeación Democrática, el *problema social* de la salud pretende ser atendido bajo esta forma específica de vinculación intersectorial.

La medición del resultado de esta reforma no podría encontrar mejor evaluador que uno de los protagonistas de la obra sexenal: el subsecretario de Salud, Jesús Kumate. . .

En los años finales de esta gestión, el doctor Kumate ha calificado la insuficiencia, ineficiencia y deshumanización de los servicios públicos para la atención médica, que atribuye a una planeación defectuosa, a una inadecuada productividad del personal y a las inercias que impiden la corrección de los errores. Su balance de los resultados muestra un panorama desolador: nueve millones de mexicanos sin acceso a los servicios de salud; una reducción del presupuesto público durante el sexenio que supone condiciones inferiores a las de otros países subdesarrollados; 75% del presupuesto gastado en servicios curativos en muchos casos de baja eficiencia, dos tercios de las muertes debidas a padecimientos prevenibles a bajo costo; desigualdades rural-urbanas profundas reflejadas en que dos de cada tres mexicanos y ocho de cada diez médicos residen en áreas urbanas, y que noventa de cada cien pesos destinados al gasto en salud se ejercen

en esas áreas. Según Kumate "es preciso pagar la deuda sanitaria acumulada en los últimos cinco siglos".¹¹

El diagnóstico del Subsecretario traza una tenue línea de contacto con las tendencias y regularidades que, desde fuera del sector contextualizan y determinan la dimensión de la "salud". Tanto los niveles y las condiciones *reales* de salud como su *problema social*, expresan a la nación real.

La visión administrativa de los autores de la obra sexenal, corrobora que el discurso de la legitimación de la nación de estado es necesario en la medida en que está distanciado de las necesidades de la nación real. Los "cortes" macro y micro, así como la "coordinación intersectorial", se ven obligados entonces a tender puentes para vincularse objetivamente con tales necesidades.

Desde el "síndrome Kumate" habla, además, una voz gremial: la de los clínicos que, al lado de los biomédicos, han atestiguado el trabajo sexenal con la esperanza de ser escuchados por esta nueva fracción del gremio cuyo enfoque sociomédico administrativo es ahora hegemónico; detrás de esta voz sobreviven otras imágenes de los problemas nacionales de la salud.¹²

Para la fracción sociomédica del país, sin embargo, ha cambiado y en ese cambio han integrado, utilizándola, la concepción de los clínicos. Hoy por hoy, la "reforma sanitaria" ocupa uno de los primeros lugares en la agenda del "cambio estructural". Su trabajo abarca nuevas áreas y nuevos retos. Las experiencias previas sólo pueden ser recuperadas bajo los nuevos términos que demanda la consoli-

¹¹ *La Jornada*, 11-8-87.

¹² Córdova, Leal y Martínez, "La salud o el huevo de la serpiente", *op. cit.*

dación del SNS, lugar privilegiado para empuñar la modernización en que se encuentra comprometida la nación.

La modernización de la administración pública y el Sistema Nacional de Salud

No hay Estado moderno sin un aparato adecuado de gobierno.¹³ El sexenio 82-88 ha asumido este hecho, característico del siglo XX, bajo la figura del Sistema Nacional de Planeación Democrática.

En el caso del área de la salud, esta modernización de la administración pública ha dado lugar a la constitución de un Sector salud como parte de un Sistema Nacional de Salud.

En el año de 1981, Guillermo Soberón se hacía cargo de la Coordinación de Servicios de Salud de la Presidencia de la República, mientras Miguel de la Madrid recorría el país en campaña electoral. La Consulta Popular sobre Salud y Seguridad se integró con los trabajos de la Coordinación para generar un diagnóstico, que quedó contenido en el volumen *Hacia un sistema nacional de salud*.¹⁴

Este diagnóstico, en el marco de las tesis básicas de gobierno leídas por De la Madrid en su discurso de toma de posesión, conformó medularmente el programa de trabajo para el nuevo sexenio. De este triángulo (la Consulta, los trabajos de la Coordinación y el volumen *Hacia un sistema*. . .) resultaron tanto las aportaciones en materia de salud al Plan Nacional de Desarrollo, como la Ley General de Salud y el Programa Nacional de Salud. En suma: los elementos con que se emprendió el "cambio

estructural en la salud", que habría de ser la obra de los nuevos administradores del sector. Unos años más tarde, se da cuenta de ella en un número de la revista *Salud Pública de México*, dedicado a exponer sus aspectos fundamentales.¹⁵

En "El cambio estructural en la salud", el Secretario de salud expone:

1) La Secretaría de Salud constituye el corazón del Sistema Nacional de Salud (SNS). Desde ella se *conduce, coordina y depende*, el Sector salud. Ante las entidades de este sector se está facultada para ejercer *obligatoriedad*.

2) Frente a la Secretaría de Salud se ubican otras importantes secretarías de estado. De la interacción de éstas con aquélla surge la *coordinación intersectorial*.

3) Para los sectores social y privado, se incorporan las definiciones de *concentración e inducción*.

4) Y por encima de la Secretaría existen dos organismos que detentan un carácter *supra-sectorial*: el Consejo de Salubridad General, órgano colegiado que "emana directamente" de la Constitución Mexicana, y el Gabinete de Salud, que preside el presidente de la República.

Las funciones de este SNS son la atención médica, la salud pública y la asistencia social. La Secretaría de Salud tiene dos tipos de funciones: unas referidas directamente a la ejecución de la política nacional de salud, y otras a la operación de los servicios.

Las líneas estratégicas propuestas para la consolidación del SNS son la sectorización, la descentralización, la modernización de la Secretaría de

¹³ Sartori, G., *La política*, México, FCE, 1984.

¹⁴ *Hacia un sistema nacional de salud*, México, UNAM, 1983.

¹⁵ "El cambio estructural en la salud", *Salud Pública de México*, op. cit.

Salud, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria.

Todo ello fundamento de la obra sexenal que, producto de esta "modernización", se ha llamado "el cambio estructural en la salud".

El mundo en que se encuentra la obra

El mundo de la obra, el lugar que enmarca este empeño de reestructuración, se encuentra presionado por múltiples fuerzas originadas algunas dentro del país y otras fuera de él, que en su interacción dibujan un entorno particularmente complejo.

De entre las circunstancias presentes en el contexto en que se inicia la gestión sexenal, la crisis de 1982, la nacionalización bancaria de septiembre de ese mismo año y el acoso ejercido sobre el país desde el exterior, han jugado un destacado papel.

La crisis de 1982 traza los límites al empeño de intención transformadora y al estilo que se afirma para enfrentarla. A los compromisos corporativos del régimen, a la legitimación esencial de su programa social, se sumaron, como ya referimos programas de "solidaridad" con los sectores más afectados por la crisis. El balance final de la apuesta modernizadora conjunta se insinúa para la década de los noventa.

La nacionalización bancaria, por su parte, vino a trastocar los principios del pacto del modelo mexicano de economía mixta, que se funda en una matriz de corte corporativo moderno¹⁶ capaz de ubicar, históricamente a los trabajadores del lado del Estado. Este último, bajo la forma de la concer-

tación con el sector privado y en correspondencia con su agrupación camaral,¹⁷ es el responsable del diseño y la ejecución de las políticas nacionales, entre ellas la economía. Pero al asumir la nacionalización una vía "de facto", los principios del pacto fueron vulnerados.

Las siete tesis básicas de gobierno de la administración 82-88 (nacionalismo revolucionario, democratización integral, descentralización de la vida nacional, renovación moral, sociedad igualitaria, lucha por el desarrollo y planeación democrática), organizadas como programa sexenal, reproducen en las máximas de la reordenación económica y el cambio estructural, las líneas de acción sobre las cuales podría estructurarse un nuevo pacto.

El saldo del enfrentamiento ocasionado por los eventos de septiembre de 82 podría considerarse, al menos en el plano de lo jurídico, como un empate: por un lado, el texto constitucional otorga al Estado el papel de rector de la economía; por el otro, su posibilidad de adoptar medidas "de facto" queda fuertemente limitada. El resumen final, por supuesto, está todavía en juego, y parece ser uno de los ángulos del balance sexenal que tendrá también que esperar a la década del noventa.

Para el sector salud, la conversión sectorial de las grandes líneas políticas contenidas en el cambio estructural y la reordenación económica, se tradujeron, para el cambio estructural en la constitución del SNS, y en un nuevo pacto *generado dentro del marco del SNS* para la reordenación económica. A diferencia de otros sectores, en el de salud no hay reordenación económica sin cambio estructural.

Un Estado rector limitado en sus acciones des-

¹⁶ Scmitter, Ph., "¿Continuamos en el siglo del corporativismo?", *El Buscón*, nos. 13 y 14, México, 1984 y 1986.

¹⁷ Alcázar, M.A., *Las agrupaciones patronales en México*, El Colegio de México.

de dentro y fuera de la nación, está obligado a renovar la modalidad de su rectoría. Para el sector salud esta renovación cobra cuerpo en el equilibrio entre conducción y operación que se convierte en el fundamento del nuevo tipo de rectorado estatal. La búsqueda de este equilibrio se ve claramente reflejada en la organización del SNS. Entre otros, el hallazgo de esta fórmula habrá de permitirle responder a las presiones internas que derivan de la necesidad de "adelgazamiento" del Estado "obeso", y a la vez, establece una relación privilegiada con el sector privado.

En virtud de esta relación privilegiada con el sector privado es que logra generarse desde el sector salud, y en medio del clima de acoso hacia el país ejercido desde el exterior, una modalidad singular de defensa de la nación articulada desde la consolidación del SNS.

La nueva modalidad de la rectoría estatal dentro del SNS: una relación impuesta

La organización del SNS establece claramente que su nuevo esquema opera bajo un rectorado estatal "moderno", por el tipo de asignación que se le otorga a sus funciones. La Secretaría de Salud conduce los procesos, y entrega la operación de la asistencia social y la atención médica a las instituciones del Sector salud. Se reserva la *conducción*: y el nombramiento de todas aquellas cabezas que no provengan de los organismos con carácter supraseductorial que, como vimos, se encuentra por encima de ellas. Pero entrega al Sector salud (IMSS, ISSSTE, DIF, Servicios Estatales y servicios de salud del D.F.) la *operación*.

Reservarse la conducción y delegar la opera-

ción, es la nueva modalidad de la rectoría estatal dentro del SNS. Gracias a ella, los administradores de la salud integran a su agenda uno de los principales propósitos impuestos por el programa sexenal: el adelgazamiento del Estado obeso.

La nueva modalidad de la conducción y de la operación articuladas desde y por la vía de la Secretaría, resumen una rectoría estatal "moderna" capaz de quitarle peso a su *elan* interventor. Esta intervención se hace más ágil al deslastrarse de la operación: el estado de los niveles operativos.

La nueva figura corresponde a un Estado liberal, carrote, decimonónico y prekeynesiano: sólo se hace presente ahí donde el conflicto entre los particulares resulte insoluble. Sólo irrumpe en calidad de *deux ex machina*.

Pero aunque se trata de una figura netamente liberal, la obra incorpora otros rasgos que la definen como estrictamente neoliberal. La modernidad presente en el esquema de conducción-operación, su equilibrio, la distingue del viejo liberalismo. Bajo este esquema no se pierde la rectoría estatal; tan sólo se adecúa a lo nuevo. Niega a Keynes pero conserva su enseñanza maestra: persuasión, hegemonía, rectoría. Eso se salva y queda conservado, precisamente gracias al equilibrio entre conducción y operación.

El SNS conduce con políticas nacionales que corresponden a una administración pública "modernizada" en el marco de un Sistema Nacional de Planeación Democrática, articuladas desde secretarías que aplican vertientes de obligatoriedad para las entidades estatales y paraestatales, y de concertación e inducción para los otros agentes del sistema. Se conduce "modernamente" porque la nueva cabeza tiene menos tentáculos que gobernar. Y, como en el caso del fenómeno del presidencialismo,

se trata de vencer la hipertrofia que podría asfixiar al rey.

Al amparo del equilibrio entre conducción y operación, la nueva modalidad de la rectoría estatal dentro del SNS deja, a quien lo conduce, en libertad de actuar para el beneficio de todos; le deja manos libres para su tarea fundamental: la defensa frente al embate contra la nación.

El mundo en que se encuentra esta nueva política, y especialmente las circunstancias que presionan desde dentro del país, han pesado para conformar la nueva modalidad de rectoría estatal.

La iniciativa de ley para que algunos Institutos Nacionales de Salud, responsables del nivel de operación del SNS, se conviertan en entidades paraestatales, ilustra los pesos que gravitan y se imponen sobre este postkeynesianismo del sur al que le ha sido cambiado el signo.

El modelo de economía mixta dentro del SNS: una relación privilegiada

Para ilustrar el cuadro de vinculación entre Estado y sector privado que ha puesto en juego la nueva modalidad de rectoría estatal, así como la forma particular en que fue estructurada para el sector salud, tomaremos el caso de la relación que desde el SNS se logró establecer con la industria farmacéutica.

La explosión de la crisis de 1982 puso al desnudo las debilidades estructurales de la industria farmacéutica instalada en el país: su fuerte dependencia del exterior en lo que hace a materias primas y principios intermedios básicos, el intenso control por parte de la industria transnacional ejercido desde las matrices hacia sus filiales nacionales, la difi-

cultad para obtener tecnología apropiada para la industria mexicana y la falta de coordinación de los planes de investigación y desarrollo en el área farmacéutica. A lo anterior, habría que agregar el carácter irracional y desordenado del mercado farmacéutico en el sector privado.¹⁸

Entre septiembre de 1982 y mayo de 1983, México sufrió un grave desabasto de medicamentos y productos intermedios. Fue por esos días que la demanda de nacionalizar la industria farmacéutica se hizo escuchar.

Una vez alterados los principios del pacto, el sector privado nacional llamó a su alianza internacional y, aprovechando la crisis de deuda que había despertado la incertidumbre del bloque acreedor, presionó al Estado para imponerle otro tono en lo que deberían ser las renovadas "condiciones de confianza".

En este clima, la nueva modalidad de rectoría estatal ejecutada desde el SNS logró establecer una interesante forma de relación práctica con el sector privado. Relación que se da en condiciones privilegiadas, si se le compara con otros sectores de la administración pública, puesto que el encadenamiento del Sector salud con el sector industrial se localiza preponderantemente (aunque desde luego no en forma exclusiva) en la rama químico-farmacéutica.

Las debilidades estructurales de la rama fueron enfrentadas a través del Programa Integral para el Desarrollo de la Industria Farmacéutica 1984-1988 y el Decreto Presidencial de Fomento y Regulación de la Industria Farmacéutica,¹⁹ documentos en los

¹⁸ Lieberman, L. M., "Estado actual de la industria farmacéutica en México: avances y problemas", *Salud pública de México*, INSP, mayo-junio 1987.

¹⁹ Acuerdo que establece el Programa Integral de Desarrollo

que se establecen los nuevos términos del pacto. En su función conductora del SNS, la nueva modalidad de rectoría estatal se enfocó hacia la elaboración de los acuerdos sobre el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, el Cuadro Básico de Medicamentos y de Material de Curación y Prótesis, y la presentación de medicamentos y cancelación de productos para normar y corregir el comportamiento del mercado. Para 1987, la industria farmacéutica es ya una de las contadas ramas productivas sin presencia del sector paraestatal, con lo que el espíritu neo-liberal de la nueva modalidad de rectoría estatal ha quedado ejecutado.

La relación dominante y privilegiada del cuadro de acción del SNS rindió los frutos esperados. El nivel de conducción cumplió su función reguladora. El nivel de operación del sistema fue abastecido. Al amparo del Programa Integral y del Decreto de Fomento y Regulación. El sector privado interno fue promovido, en concordancia con el principio acuñado por Gurría (funcionario de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y negociador de la deuda externa mexicana): reconvertir supone retirar al Estado como dueño y operador de actividades productivas, y promover al sector privado tanto nacional como extranjero.²⁰ El pacto entre la industria nacional y el Estado, trajo recuperación y alentadoras expectativas de inversión.

La primavera, sin embargo, fue corta: el ingreso de México al GATT minó las bases de apoyo del nuevo pacto. Ante el choque entre las grandes políticas de intención "modernizadora" y lo "ga-

nado" gracias a las estrategias sectoriales, el empresariado nacional se sintió victimado.²¹ Entre otras cosas, la apertura comercial que supone el ingreso de México al GATT permite la importación de cerca del 50% de los productos semielaborados de esta rama actualmente manufacturados en el país.

Esta no es una historia nueva. Ya en los tempranos años de la primera industrialización, un sector representativo del empresariado nacionalista fue "sacrificado" en aras de las políticas de sustitución de importaciones.²² La propia conformación de la CANACINTRA respondió al nuevo proyecto avilacamachista de posguerra, cuya promoción implicaba la desaparición de ciertos sectores industriales agrupados en la CONCAMIN.²³

Cómo explicar la ruptura de este sueño de concertación, de brevedad inevitable, que desde el SNS y dentro del nuevo pacto para el modelo de economía mixta se había logrado? El ámbito en que se encuentra la obra sexenal y dentro del cual se estructuró el nuevo pacto, no está a salvo de la esfera internacional.

El frente externo

Los ventarrones de la regulación neo-liberal sacuden ya incluso a los organismos internacionales. En la reunión mundial de la industria químico-farmacéutica organizada por la ONUDI a fines de 1978,²⁴ en

²¹ "Falló el acuerdo que regulaba la industria. Prevé la Canafarma una 'mayor dependencia del exterior'", *La Jornada*, 31-12-87.

²² Mosak, S. *Industrial Revolution in Mexico*, Russell, New York.

²³ Alcázar, *op. cit.*

²⁴ "La junta de la industria farmacéutica deja atrás los intereses de los países pobres", *Excelsior*, 15-10-87.

de la Industria Farmacéutica 1984-1988. Secofin. *Diario Oficial*, 23-2-84. Decreto para el Fomento y Regulación de la Industria Farmacéutica. Secofi. *Diario Oficial*, 23-2-84.

²⁰ *La Jornada*, 16-7-87.

la que se discutió ásperamente sobre las relaciones norte-sur, surgió el rostro de una "nueva ONUDI" promotora de la inversión privada de los países más industrializados, defensora de la reprivatización de la industria estratégica y de la liberación y eliminación de las reglamentaciones para la industria transnacional, y manifiestamente contra de la rectoría económica del Estado. Una ONUDI que tiende a favorecer la imposición de modelos del norte al sur y a minimizar la colaboración sur-sur y norte-sur. Los países del sur, por su parte, defienden la necesidad del desarrollo nacional de la industria químico-farmacéutica; se hacen fuertes acusaciones al bloqueo del sistema de patentes y al escamoteo de la difusión tecnológica por parte del norte. En dicha reunión, la participación mayoritaria latinoamericana fue el sector privado. Los gobiernos, con excepción del mexicano (representado por funcionarios de las Secretarías de Salud y de Comercio), ni siquiera enviaron a sus representantes.²⁵

Reuniones como ésta, que se suceden sin cesar en todo el mundo, expresan la intensa competencia en que se debate la economía occidental desde el primer choque petrolero de 1973. Desde entonces los patrones regionales de posguerra se encuentran en un acusado proceso de reconfiguración.²⁶

Las relaciones imperiales centro-periferia y norte-sur se reproducen al interior de un nuevo mapa de la economía occidental que se desenvuelve, como economía mundial, en un cuadro de tres eco-

nomías-mundo concéntricas:²⁷ la Comunidad Económica Europea, Norteamérica (EUA y Canadá) y Japón; la Cuenca del Pacífico. Esta regionalización está marcada por la fuerza del choque del mapa tripolar. Y las realidades periféricas resultan imantadas desde cada uno de los centros de gravedad. Dentro de este mapa hay que distinguir a las entidades nacionales de su polo regional. Los diversos sectores y ramas de la producción, por su parte, trazan un mosaico que desdibuja la nueva realidad y la recompone a partir de la inversión, la tecnología, las materias primas, la informática, imponiendo a la economía mundial un estado de permanente sorpresa.

A este escenario corresponde la posición "dura" de los colosos industrializados del sector farmacéutico de lo cual derivan las posibilidades regionales de producción y exportación a las que responden las estrategias integradas de producción. Es ese panorama el que se examina antes de invertir, para decidir lo que debe ser abierto y lo que ha de mantenerse cerrado. El proteccionismo moderno encuentra ahí sus márgenes reales de acción.

En ese paisaje el proyecto de "modernización" del actual régimen ha encontrado la metáfora oportuna: de cara al embate externo la máxima es resistir. La política *realista* es aquella que parte del reconocimiento de ese frente externo y lo racionaliza: de lo deseable, lo posible; el país no puede deshacerse entre las manos. Pero, ¿cómo lograrlo?: conservando la rectoría estatal como punto fuera de toda negociación, y aun cuando se otorgue al sector privado nacional todo el fomento y toda la concertación que estos marcos de vinculación e

²⁵ *Ibid.*, También, "Férrea oposición al desarrollo de la industria farmacéutica del Tercer Mundo", *Excelsior*, 14-10-87 y "El problema de las medicinas es moral, pues afecta la vida: La tortue", *Excelsior*, 15-10-87.

²⁶ Boyer, R., "Nuevas tecnologías y empleo en los ochenta", *La tercera revolución industrial*, Buenos Aires, GEL, 1986.

²⁷ Braudel, F., *La dinámica del capitalismo*, México, FCE, 1986.

integración del país con la economía mundial permitan, y en tanto ese pacto no lesione el poder y la sobrevivencia del estado y su rectoría.

El contexto internacional y la apertura del SNS: la rectoría estatal como defensa de la nación

Desde el punto de vista del sector privado nacional, esta máxima de resistir a toda costa conlleva, sin embargo, altísimos riesgos: desindustrialización, pérdida de la confianza, y el destino mismo de la nación en entredicho. Estos riesgos se ilustran con el caso de la industria farmacéutica.

En primer lugar, la liberación de las cinco fracciones arancelarias genéricas que afectan a los industriales farmacéuticos al permitir la importación de productos semielaborados manufacturados en el país, ocasiona que para las grandes transnacionales resulte más conveniente importar que producir. El gravamen de importación (de un 14 a un 16%) es menor que los impuestos por producir esa mercancía en México (que ascenderían hasta un 55%), lo que eleva los márgenes de utilidad si se adquieren esos componentes e incluso los productos terminados en las matrices. De ahí el peligro de *desindustrialización*.

En segundo lugar, la liberación viola lo convenido en el Programa de Fomento de la industria y atenta contra el grado de integración nacional ya alcanzado (99% en productos terminados y 66% en materias primas), lo que conduce a una *pérdida de la confianza*. A partir de la liberación resulta más conveniente ser intermediario que productor, dado que los beneficios en el corto plazo son mayores.

Finalmente, la apertura compromete el *destino de la nación*, que con ella —según los industria-

les del ramo— habrá de convertirse en una gran maquiladora oferente de mano de obra barata. El empresariado nacional sigue reclamando protección a la industria como condición para alcanzar la autosuficiencia, y lamenta que ante presiones del exterior (en este caso del FMI y de las grandes transnacionales que asesoran a Reagan) se tomen medidas como la del ingreso al GATT.²⁸

Ante planteamientos como éstos, la respuesta del conductor de la política nacional en la materia, el Secretario de Salud fue reiterar el ofrecimiento de apoyo a la industria nacional en esta rama básica para el SNS, y recordar la necesidad de resistir ante la presión del exterior: “aguantarse y no dar marcha atrás”.²⁹

Aguantarse, no dar marcha atrás, resistir, pero no en el vacío. A este propósito está dispuesta la legislación, el SNS: la obra sexenal.

Al amparo de los marcos institucionales heredados, generados y “ya ganados”, la política del nuevo gobierno ha edificado una administración pública modernizada que, con la debida distancia pretende asemejar la realidad nacional a los sistemas y las tecnologías sanitarias de punta (las del Reino Unido, las de EUA, países escandinavos): el acariciado sueño de un SNS. Desde él puede hacerse frente al embate contra la nación. Bajo su cobertura puede actualizarse un nuevo pacto para el modelo mexicano de economía mixta gracias a su relación privilegiada con el sector privado, como ocurrió con la rama farmacéutica.

La piedra de toque del sistema se localiza en

²⁸ “Alto riesgo en la industria farmacéutica por la apertura”, *La Jornada*, 31-7-87.

²⁹ “México debe lograr autosuficiencia en medicamentos: G. Soberón”, *La Jornada*, 23-7-87.

su corazón, en el equilibrio entre conducción y operación. Nueva modalidad de la rectoría estatal que es resultado, sin duda, de una relación impuesta. Pero la fuerza de la imposición puede ser revertida. Si de cualquier manera se tiene que perder, hay que enfrentar la debilidad con la mejor de las fortalezas: la rectoría estatal, autoconcebida como proyecto de defensa de la nación como lo muestra el trabajo del SNS, la apertura comercial puede pasar *por y a través* de esta nueva modalidad rectora.

Por su función conductura del SNS, la Secretaría de Salud es la responsable directa de la ejecución de la política *nacional* de salud. Ante el desabasto de medicamentos de 1982 y 1983, desde el SNS pudo impulsarse un plan de emergencia para la importación. Cuando las crílicas condiciones de astringencia financiera de los primeros tres años de la nueva administración presionaban sobre la disponibilidad de divisas, desde el SNS pudo concertarse con el empresariado nacional para integrar y fomentar la industria. Cuando la cooperación regional latinoamericana se dibujó como una alternativa a la crisis de deuda, desde el SNS pudo colaborar en el programa ABREMEX (Argentina, Brasil, España y México) y estrechar "el diálogo entre los sectores privados y el Estado en el área de la salud".³⁰ Cuando por la incorporación de México al GATT el acecho transnacional se acerca, el SNS exhibe su carta maestra: la coinversión mixta entre el Estado, los inversionistas nacionales y los extranjeros.

Ante la amenaza que se cierne sobre la producción de antibióticos, vacunas, antisueros, hemoderivados biológicos y reactivos a causa de la apertura

comercial, la defensa de la nación asume la forma de una empresa de salud "estratégica y prioritaria": los Laboratorios Biológicos Mexicanos, S.A. de C.V., empresa con capital mixto mayoritariamente privado y que en su primera fase operará con aportaciones del gobierno federal.³¹ Más elocuente aún: gracias a una sociedad de co-inversión en la que participan tanto inversionistas privados mexicanos como japoneses, respaldados por el gobierno federal, el Centro Industrial Bioquímico, S.A. permitirá la autosuficiencia para México en la fabricación de penicilina cruda.³²

Desde el SNS la inversión extranjera directa puede, también, capitalizarse para ampliar el horizonte farmacéutico de México, iniciar de lleno la carrera por la autosuficiencia en la producción de medicamentos y avanzar en el terreno de su exportación: Sanofi de México, filial del consorcio francés que en Europa se encuentra colocada entre las diez principales industrias, fabricará medicamentos tanto para el consumo humano como para el animal, entre los que destaca la producción de anestésicos dentales, que se exportarán a Europa, Asia, el Caribe y Centroamérica.

El "realismo" ante el frente externo no excluye el pacto de concertación para el modelo de economía mixta. Y para garantizarlo está la nueva modalidad de rectorado estatal conduciendo al SNS. En la "modernización" está la pregunta y la respuesta. Con esos términos se define la nación.

³¹ "Constituirán la empresa de salud, Laboratorios Biológicos Mexicanos", *La Jornada*, 29-8-87.

³² "México alcanza autosuficiencia en penicilina", *Excélsior*, 28-10-87.

³⁰ "Férrea oposición. . .", *lo. cit.* y Lieberman, *op. cit.*

La apuesta de la modernidad: nuevos dibujos del mismo país

El sello del cambio sexenal de 1988 es el de la continuidad. La clase política que desde 1982 incorporó a su programa la necesidad de la "modernización" se pasa la estafeta de una mano a la otra: es la nación de estado quien necesita "modernizarse" para continuar.³³

"Modernización" significa integración con la economía mundial, pese a las turbulencias recientes del frente externo. Esta es una apuesta en marcha que se juega dentro del mapa tripolar occidental y reproduce en su interior las relaciones centro-periferia y norte-sur como comportamientos estructurales. La "modernidad" es una necesidad, en primer lugar, de la nación de estado.

Pero su apuesta ensancha la distancia y profundiza la brecha entre el programa de la nación concebida y las necesidades de la nación real. Su programa, que es el de la permanencia del régimen postrevolucionario, sólo es viable a través del choque con sus creaturas: los grandes problemas nacionales que en parte heredó y que a la vez ha generado con su acción. Dicho de otro modo: el

choque de la nación secular de la cual proviene y a la cual subordina y reconforma consuetudinariamente. Este choque inevitable marca el pulso de su propia legitimidad.

Tanto las figuras administrativas de la obra sexenal en materia de salud como la nueva modalidad de la rectoría estatal al interior del SNS, síntesis del mundo en que se localiza la obra y del cual proviene su acción, expresan la búsqueda y el encuentro con una legitimidad estatal que empieza apenas a configurarse.

Vista así, la labor sexenal bien puede tildarse de un esfuerzo de reconversión, —manifiesto en el SNS— que enfatiza las zonas beneficiadas y las zonas abandonadas en la lucha por la defensa de la nación.³⁴ Los ejes que han estructurado al SNS no responden a los requerimientos que demanda la nación real, sino a las necesidades de esa nueva legitimación estatal en curso. Esa es la verdadera obra de la fracción sociomédica hegemónica.

En el balance de lo "ya ganado" al nivel sectorial, algo resulta evidente: tanto las condiciones y los niveles reales como el problema social que significan, siguen aguardando. Representan una zona abandonada más. 🐾

³³ "Inauguró Soberón una planta para la fabricación de medicamentos", *Excelsior*, 9-12-87 y *La Jornada*, 8-12-87.

³⁴ Anderson, B., *Reflections on the origin and spread of nationalism*, London, Verso Editions, 1983.