

## Una apuesta al tiempo y otra en juego: el sistema de pensiones y la agenda para la salud\*

**Gustavo Leal F.\*\***

**Carolina Martínez S. \*\***

*En este texto se propone una interpretación de los primeros pasos de la reforma mexicana de la salud y la seguridad social actualmente en curso, analizándola desde la perspectiva de la política pública. Se describen los rasgos generales del contexto en el cual nació, se caracteriza el proceso de toma de decisiones que culminó con la modificación de la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social de 1995 y su puesta en operación en 1997, se profundiza en los avances que ha logrado en su primer tramo el nuevo sistema de pensiones, y se señalan los principales retos que enfrenta su segundo tramo, el de la salud, aún en debate al momento de la redacción de este documento (julio de 1999).*

### **Introducción**

Uno de los instrumentos con los cuales las sociedades contemporáneas intentan incidir sobre el perfil de daños a la salud de sus poblaciones es el de las políticas públicas.

La situación de salud se forja a través de complejas constelaciones de circunstancias que involucran desde las dotaciones genéticas de las personas hasta la estructura poblacional y la dinámica demográfica, las características del entorno ambiental, los estilos de vida culturalmente moldeados y los recursos de los que cada sociedad dispone para enfrentar la problemática de salud que en ese escenario se gesta (Martínez, 1993 y 1998). De ahí que para incidir sobre ella se requieran intervenciones multisectoriales.

Sin embargo, cualquiera que sea el resultado de las acciones así concertadas, la administración pública cuenta con un departamento a cargo del diseño y operación de las medidas específicas para hacer

\* Versiones preliminares de este trabajo (en cuyas primeras secciones se reelaboran y afinan ideas expuestas en Leal, 1998) se presentaron en el Seminario de Actualización PAEP, INAP, México, DF, 1 de octubre de 1998, y en el Segundo Taller Latinoamericano sobre la Reforma del Sector Salud, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, 18 a 23 de octubre de 1998. Los autores agradecen los comentarios que hicieron a este texto los dictaminadores anónimos, gracias a los cuales fue posible ampliarlo y enriquecerlo. Todas las traducciones de los originales que se presentan en el documento son responsabilidad de los autores.

\*\* Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana (Xochimilco).

frente al cuidado de la salud y la atención de la enfermedad. Las pautas para evaluar esta particular política sectorial están dadas tanto por sus impactos sobre el perfil de daños como por la satisfacción que la sociedad encuentra en la oferta que este sector le hace para responder a sus necesidades en una materia tan delicada y sensible.

Con este punto de partida, en las siguientes páginas nos ocuparemos de los primeros pasos de la reforma mexicana de la salud y la seguridad social actualmente en curso, analizándola desde la perspectiva de la política pública.

Iniciaremos con una breve exposición de los elementos conceptuales básicos que utilizamos para este análisis; describiremos los principales rasgos del contexto en el cual nació la actual reforma mexicana de la salud y la seguridad social, y caracterizaremos el proceso de toma de decisiones que culminó con la modificación de la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en diciembre de 1995 y su puesta en operación en julio de 1997. Nos referiremos, luego, a su primer tramo: *el nuevo sistema de pensiones*, para mostrar algunos de sus primeros impactos visibles, y a su segundo tramo: *el de la salud*, todavía en debate. Y terminaremos con la exposición de nuestros puntos de vista sobre algunos lineamientos que, si de una adecuada política pública se tratara, deberían orientar su diseño y previsible instrumentación.

### **Desde la perspectiva de la política pública<sup>1</sup>**

#### *Un sentido específico dentro del concierto mundial*

La reforma mexicana no es un caso aislado ni una novedad. Se inscribe en un clima mundial de reformas sectoriales que emerge a partir del segundo choque petrolero de 1978 (Maddison, 1986), explora diferentes formatos durante los años ochenta, y se acentúa en los noventa (OECD, 1992, 1992a, 1993, 1994, 1994a, 1995, 1995a, 1996; *The Economist*, 1998 y 1999). En este clima se actualiza una tendencia que opera sobre el corazón de nuestro contrato social: resolver los retos de la "modernidad" redefiniendo las funciones sociales del Estado, el gobierno y sus relaciones con la sociedad a las que ellos pertenecen.

<sup>1</sup> En esta sección se retoman y reorganizan los planteamientos previamente elaborados y expuestos por Leal (1997 y 1998).

Tratemos, en primer lugar, de establecer el perfil particular, el sentido específico que la reforma mexicana –como parte de ese concierto mundial– ha estampado en el *curso* de lo *público moderno*.

¿Qué es lo *público moderno*? Para decirlo con Aguilar (1996): “...no es más que el punto de equilibrio o ajuste entre las percepciones e intereses particulares de los grupos sociales organizados, y el cual es resultado de normas procedurales vigentes o de prácticas aceptadas para contrapesar y balancear tales intereses.” O como lo propone Cabrero (1996): “El carácter público de las políticas tiene una connotación mucho más allá del contenido jurídico. Lo público de las políticas está lejos de significar exclusividad estatal, significa sobre todo el encuentro de la racionalidad estatal con la voluntad social”. Así, lo público moderno es, primero, interés colectivo o interés público: *consenso* y ajuste de lo propio para dar lugar a lo de todos.

Pero lo público moderno también es *curso*: la expresión de los diversos intereses coincide en instituciones políticas que ajustan entre sí sus propuestas, parlamentariamente y con la opinión pública. Con ello puede entonces el gobierno proceder al *diseño* definitivo de la acción del interés público; puede establecerlo como política específica con cuerpos principales, programas y metas. Después de lo cual deberá todavía instrumentarla, operarla y finalmente evaluarla. De ahí la pertinencia de leer al proceso conjunto justamente como lo que es: como una política pública.

En síntesis: lo público moderno es interés nivelado o consenso, y es también, simultáneamente, un curso de acción pactado que recorrerá un camino sucesivo e incremental.

#### *Voces de lealtad y de salida: el peso de la persuasión*

Con el aire de inspiración de Hirschman en su *Salida, voz y lealtad* (1977), aunque imprimiéndole un nuevo sentido específico propio, identificamos dos tipos de voces: unas de lealtad, otras de salida. Las de lealtad serían aquellas que hacen sonar y, por tanto, hacen suyos los intereses que pesan sobre la arena política. Diríamos que son las voces leales a esos intereses y que, en esa misma medida, podrían oponerse a la reforma si no ganan nada con ella o –como mostrara Olson (1971)– si pierden más de lo que ganan. Por su parte, las voces de salida expresarían lo que pesa sobre la tarea del gobierno, sus “necesidades”, el coro de evidencias y argumentos alrededor de lo que es

preciso cambiar para poder seguir (la “modernización”, diríamos hoy).

Para ilustrarlo veamos lo que muestra la aplicación de esta clave de lectura a cuatro casos de reformas recientes:<sup>2</sup>

a) En el *francés*, la voz de la lealtad se impuso a la de salida cuando el *Plan Juppé* de 1995 culminó levantando la más intensa ola huelgística de que se tenga memoria desde 1968.

b) En el *español*, durante 1996, la voz de la lealtad también triunfó sobre la de salida al posponer la reforma del sistema de pensiones hasta que el interés público contara con un horizonte mejor dotado para su manejo.

c) En el *estadunidense*, la *Health Care Reform* del primer mandato de Clinton representa la patética derrota paralela de ambas: la esclavización de la política pública entera frente a la complejidad de la arena política.

d) En el *canadiense*, la rebelión de los primeros ministros provinciales ante la política federal del ramo en 1996 ilustra, también, la derrota de ambas voces, aunque por un motivo del todo diferente: el de los enormes riesgos del federalismo moderno.

Lo que interesa resaltar con estos casos es el peso de lo que, en el proceso del ajuste mutuo partidario de las diferentes propuestas, Manjone (1989 y 1999) designa como la *persuasión*. Es decir: la capacidad de elevar el nivel del consenso, que habrá de traducirse en un diseño gubernamental no sólo enriquecido sino, sobre todo, más abarcativo y *creíble* (Manjone, 1999). Precisamente aquello de lo que, como veremos, ha carecido el proceso de toma de decisiones de la reforma mexicana: capacidad persuasiva.

## El contexto de la reforma mexicana

### *Algunos antecedentes*

Si nos remontáramos a los orígenes de la seguridad social en el país, encontraríamos que algunos autores sostienen que el origen de estos planes coincide con el inicio del siglo (López Cárdenas, 1996; Solís y Villagómez, 1999). Pero la ley de seguridad social que dio origen al

<sup>2</sup> Una exposición y una discusión más detalladas de cada uno de estos casos puede encontrarse en Leal (1997 y 1998: 117-127).

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) data del año de 1943, con el gobierno de Ávila Camacho. Mientras en los tempranos años setenta, estudios pioneros sometieron a examen tanto su composición “burocrática” como la naturaleza de sus políticas “clientelares” (Poitras, 1973), casi al finalizar la década se exploró también el carácter del *policy making* vinculado a su evolución (Spalding, 1978).

Esta ley beneficiaba, fundamentalmente, a los trabajadores asalariados urbanos, y entre sus prestaciones se contaban los seguros de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, enfermedad y maternidad, riesgos de trabajo, guarderías y prestaciones sociales. La proporción de población cubierta por la seguridad social fue creciendo ostensiblemente desde sus inicios, tanto por el incremento de la cobertura del IMSS,<sup>3</sup> como por el surgimiento de otras instituciones de seguridad social<sup>4</sup> (cuadro 1). Sin embargo, sus beneficios difícilmente hubieran alcanzado al total de la población económicamente activa y, por ello mismo, tampoco al total de los habitantes, en un país con la estructura de empleo de México (Córdova *et al.*, 1989; Pacheco, 1997). De hecho, como se observa en el cuadro 1, aún en los años más recientes, el sistema de seguridad social en su conjunto no alcanzó a cubrir sino a aproximadamente la mitad de la población nacional (51% para 1996).

Según Solís y Villagómez (1999: 112), la cobertura conjunta de los programas de pensiones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), de la Compañía de Luz y Fuerza del Centro y de Pemex (Petróleos Mexicanos) alcanzó a 24% de la PEA en 1970, a 37.7% en 1990, y desde 1992 empezó a disminuir, de tal suerte que para 1996 llegó a 33.9 por ciento.

Pero además, el desgaste natural del primer diseño elaborado en 1943, agravado por la caída del salario real y del empleo a partir de 1982, con el consecuente crecimiento de la informalidad, llevaron al sistema de pensiones del IMSS –el más importante en el país– a un proceso de desfinanciamiento crónico (IMSS, 1995; Solís y Villagómez, 1999).

<sup>3</sup> Sin ser la única institución de seguridad social en el país, el IMSS cubre a la más alta proporción de la población económicamente activa (PEA) y, desde luego, también de la población total (son derechohabientes los trabajadores asegurados, los pensionados y los familiares de todos ellos).

<sup>4</sup> Que atienden también, predominantemente, a asalariados urbanos y sus familiares.

**CUADRO 1**  
**Proporción de la población total cubierta por la seguridad social y**  
**participación porcentual de cada institución en esa cobertura.**  
**Estados Unidos Mexicanos, 1944-1995**

Año	Población total (PT)	Población cubierta por la seguridad social (CSS)	% de PT con CSS	% de CSS a cargo de						
				IMSS	ISSSTE	Pemex	FCN	SDN	SMN Estatal	
1944		355 527		100.00						
1945		533 555		100.00						
1950	25 791 017	1 111 544	4.31	87.64		12.36				
1955		1 750 563		90.04		9.98				
1960	34 923 129	4 016 563	11.50	83.17	12.14	4.69				
1965	42 729 000	8 607 828	20.15	79.18	12.44	2.70	2.47	2.28	0.93	
1970	48 225 238	12 195 991	25.29	81.14	11.05	2.68	2.28	2.20	0.65	
1975	60 153 387	20 763 857	34.52	76.17	16.61	2.50	2.00	1.98	0.74	
1980	66 846 833	30 773 224	46.04	78.40	16.20	2.10	1.72	1.11	0.47	
1985	77 938 288	39 498 266	50.68	79.82	16.32	2.64		0.43	0.79	
1990	81 249 645	48 028 003	59.11	80.32	16.81	1.87		0.66	0.34	
1995	91 158 290	45 723 840	50.16	75.07	20.22	1.13		0.69	0.47	2.41

Fuentes: INEGI (1984, 1990: 152-153, 1992 y 1996a); Grupo Interinstitucional de Información en Salud (1985); IMSS (1989: 44); SNS (1990: 15, 1995: 4).

Hacia el periodo 1989-1993, el conjunto de políticas sociales para la desigualdad, compartiendo recursos al alimón con aquellas orientadas a la atención de la pobreza y combate de la pobreza extrema, procuraba recuperar sus niveles históricos previos al descalabro económico de 1982 (IMSS, 1995). Pero esta tendencia sólo refrendó la urgencia de una adecuación profunda de los cuerpos de la política pública con la apertura de la economía, el nuevo entorno internacional y el consecuente proceso de modernización emprendido por la administración de Miguel de la Madrid en 1985, profundizado por el salinismo (De la Madrid, 1995).

En estas circunstancias, y con el soporte de algunos estudios previos (ITAM, 1997), la administración Zedillo optó por la reforma.

Sin dejar de reconocer que ésta forma parte de un proceso mundial, Solís y Villagómez (1999) *buscan justificar* la reforma mexicana señalando que esa opción involucró un conjunto de componentes fuertemente entrelazados entre sí, algunos internos al propio sistema (como los desequilibrios actuariales, las dificultades en la elaboración de este mecanismo que debía contribuir a la redistribución del ingreso y a la disminución de la pobreza, la informalidad del mercado de tra-

bajo), y otros externos a él (el principal, un cambio demográfico que hacía necesario buscar recursos para sostener el sistema de pensiones procurando evitar que ello ocasionara desequilibrios en las finanzas públicas). A juicio de estos autores: “La opción seleccionada no es sólo resultado de una decisión de la autoridad, sino que obedece a un complejo proceso de economía política, en el cual intervienen los diversos grupos sociales en la medida en que los efectos de la reforma inciden tanto inter como intrageneracionalmente” (Villagómez, 1999: 124).

Hasta aquí, como puede advertirse, la atención de la reforma de la seguridad social se centró fundamentalmente en *las pensiones*. La salud, entre tanto, se mantuvo en un segundo plano. Sin embargo, como veremos, en consonancia con el enfoque que orientó la reforma de ese sistema, otro coro de voces se ha referido explícitamente a “la reforma de la salud” al menos en dos ocasiones (Funsalud, 1995; Frenk *et al*, 1999).

#### *La modernización sectorial en el Tablero del Ejecutivo*

El año de 1995 resume la más profunda reforma del sistema mexicano de seguridad social desde 1943 (Arce, 1944).

La agenda de la modernización, fincándose en el mediano y largo plazos, podría haber iniciado el trabajo para abrir nichos privados fuertemente regulados en la red pública (en la modalidad de *Quangos* o *Quasi Non Gubernamental Organizations*, Hood, 1986).<sup>5</sup> Empero, por la dimensión del mercado, muy difícilmente hubiera podido abrir la red misma a un esquema de mercado consolidado (Friedman, 1999: 14).

Un proceso de esta naturaleza habría terminado por diseñar, probablemente, una reforma a dos tiempos. En el *primero*, se habría –por fin– sintonizado al sector con los requerimientos que el proceso de la modernización en curso le demandaba, mientras que en el *segundo*, se habría apuntalado simultáneamente la red con los soportes seminales de la así llamada mezcla público-privada (*public-private mix*, Creese, 1992), proyectados hacia su fortalecimiento como *bien público* (Samuelson y Nordhaus, 1989: 989-981) con capacidad de autofinanciamiento en el largo plazo.

<sup>5</sup> Pese a las dificultades que esta empresa supondría para una cabeza de sector débil frente a los intereses privados.

El principal reto de este diseño habría sido el de establecer la fórmula “mexicana” de adecuada *regulación* para el nuevo formato institucional, la patente de garantía –al mismo tiempo flexible y consistentemente normativa– para ofrecer a los actores económicos de la arena reglas claras pactadas para la competencia, bajo esquemas modernos de supervisión y transparencia desregulada.

Simultáneamente, la gran *misión* estratégica de la política pública habría consistido en reorientar la totalidad de los recursos hacia la mayoría nacional sin capacidad de pago que los demandaba.

#### *Diseño y apertura*

Con toda la singularidad democrática de que es portador el régimen político y sus aparatos de gobierno; con políticas sociales apenas semejantes a las que solemos identificar como democráticas y modernas, mucho más cercanas al universo de la pobreza que al de la desigualdad,<sup>6</sup> y en un contexto que, por la emergencia económica de diciembre de 1994, obligó a transitar del “combate” a la franca estabilización de la pobreza,<sup>7</sup> el nuevo equipo responsable de la tarea del gobierno desde principios de ese mes fatídico estructuró una versión mexicana del interés público.

El rasgo más sobresaliente de la reforma sectorial es la íntima vinculación –por no decir dependencia– de su agenda y contenidos con las urgencias que la devaluación de 1994 impuso al Tablero del Ejecutivo; urgencias cuya solución fue una demanda inaplazable que se le impuso a la modernización del sector. Esta vinculación es, probablemente, el factor de más impacto en el *diseño* de la reforma.

<sup>6</sup> Puesto que, como se observa en los resultados de las sucesivas ENIGH (*Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*, INEGI, 1993, 1996, 1998), las tendencias de la pobreza no mejoraron con el sexenio salinista, lo cual condujo a que ésta se hiciera aún más relevante que la desigualdad misma (por una suerte de “emparejamiento hacia abajo”, diríamos nosotros, Martínez y Leal, 1995). Más aún, algunos autores han hecho notar que este empeoramiento fue mayor para ciertos grupos sociales y regiones (el sector primario, los trabajadores rurales y los habitantes de las regiones Sur y Sureste, Lustig, 1998: 17).

<sup>7</sup> Según el Banco Mundial, la crisis de 1995 provocó un fuerte aumento de la pobreza en México. Dahlmann, de esta institución, sostiene que ésta: “... aumentó de manera significativa en los últimos cuatro años, lo que anuló los esfuerzos realizados en este campo durante la última década. Al menos 40% de los 96 millones [de habitantes] debe sobrevivir con un ingreso menor a dos dólares diarios (unos 20 pesos), mientras otro 14.9% apenas percibe un dólar al día” (*La Jornada*, 5 de octubre, 1998).



El diseño consiste en la difícil tarea que acometen los gobiernos cuando reforman políticas públicas nacionales de gran calado, en escenarios multideterminados por la irrefrenable *apertura* de las economías, la consolidación y complejización de mercados globales, así como el imparable alineamiento en bloques regionales cada vez más integrados (Lynn, 1996; Slaughter, 1997; *The Economist*, 1996).

En el marco de la serie de lecciones del proceso de apertura 1985-1994 (Leal, 1998: 130-133), y ante las oportunidades de la llamada “segunda generación de reformas” –en rigor una segunda apertura–, la reforma de la salud y la seguridad social aconteció con un margen de maniobra considerablemente reducido respecto al proceso anterior. Además, si en éste ya se habían patentizado los enormes riesgos de no haber conducido estratégicamente la gradualidad de la apertura en el tiempo,<sup>8</sup> en la segunda oportunidad los retos se advertían aún mayores.<sup>9</sup>

Eso fue lo que se puso en juego en el diseño de la reforma sectorial y que se inscribe como *otra* parada sexenal en la más reciente estación, 1985-1994, del viaje recurrente en busca de la modernización mexicana (Cosío Villegas, 1988; Aguilar Camín, 1989; Escalante, 1995).

Así, la especificidad mexicana para imprimirle curso a lo público moderno resulta de una voz de salida gubernamental severamente presionada en su margen de maniobra tanto interno como externo. De ahí que en el *diseño* –poco persuasivo– para la acción del interés público se advierta la débil presencia de la voz de la lealtad frente a la fortaleza de la de salida.

### Caracterización del proceso de toma de decisiones

*Denominación de origen: política pública o política gubernamental*

Podemos ahora caracterizar el proceso de toma de decisiones que culminó en la reforma; podemos dotarlo de una identidad o “denominación de origen” (Leal, 1998: 134-136): en tanto que *política públi-*

<sup>8</sup> El ex presidente Salinas de Gortari reconoció: “...todos fueron cambios muy profundos, que tuvieron que ocurrir con mucha velocidad, en un contexto que pudo no estar preparado suficientemente” (*Reforma*, 31 de enero, 1997).

<sup>9</sup> Al referirse al proceso de constitución de las Afores (Administradoras de Fondos de Retiro), el entonces secretario Guillermo Ortiz afirmó: “Quiénes deseen participar en el proceso de su creación, sean nacionales o extranjeros, tendrán que sujetarse a reglas de operación muy estrictas, porque ‘aprendimos la lección’ con la privatización de los bancos y su proceso de asignación. Esta vez no habrá errores” (*El Financiero*, 21 de marzo, 1996).

ca, la reforma zedillista de la salud y la seguridad social ha articulado, más bien, una *política gubernamental*. Esto es: una política percibida, definida, diseñada, instrumentada, operada y previsiblemente evaluada, casi en exclusividad desde el gobierno.

Si tomamos la tipología de De León (1996) para la adopción de políticas, la reforma muestra un muy peculiar “proceso político” compuesto de los siguientes *quince* rasgos distintivos: *a)* una agenda gubernamental *generadora* de la agenda pública; *b)* un proceso poco dotado en su construcción de *abajo hacia arriba*; *c)* diseñado en un *sistema muy cerrado* de toma de decisiones; *d)* con incorporación sobredimensionada del aspecto *técnico-cuantitativo* de racionalidad y eficiencia; *e)* fuertemente estructurado como *tarea predecional*; *f)* altamente *endógeno*, aun cuando la propuesta seminal para la reforma de la política pública puede localizarse en una voz exógena (Funsalud, 1995). No obstante, al someterla a examen resulta claro que se trata más bien de una voz conversa que muda desde lo público hacia lo privado;<sup>10</sup> *g)* formulado casi en un *secreto hermetismo*; *h)* con poquísimos *jugadores*; *i)* virtualmente carente de *ajuste mutuo*; *j)* en el marco de un diseño institucional muy *vertical*; *k)* con desconocimiento del *saber experto* localizado en los actores e intereses de la *arena política* y su caja de resonancia; *l)* impuesto de *arriba hacia abajo* con poca negociación; *m)* aprovechando muy débilmente la *discusión parlamentaria*; *n)* presentado casi como la *única opción*; *o)* y con poca dotación respecto a los mecanismos de *evaluación, monitoreo y grado de satisfacción* de los impactos derivados de la confirmación del margen de factibilidad, acierto y precisión de las elecciones técnicas adoptadas en su diseño.

La siguiente afirmación de Peters (1995: 265) se ajusta inmejorablemente a nuestra “denominación de origen”:

[...] al hablar de un modelo de arriba hacia abajo nos referimos a un gobierno fuerte que, por excelentes razones de índole política y/o técnica, opta por una política pública, y a continuación se dedica a la tarea de implementarla. Este modelo tiende, pues, a considerar al gobierno casi como un actor monolítico. En él, el diseño de la política pública depende en gran parte de las ideas que al respecto tenga la élite que la hace y podría

<sup>10</sup> En efecto, el ejercicio de simulación estratégica que propuso proviene de la mezcla de la experiencia de una gestión *pública* previa, la del doctor Guillermo Sobrón, quien fungiera como secretario de Salud de la administración delamadridista 1982-1988, con la entidad *privada* que ahora orienta: Funsalud. Una síntesis actualizada posterior de esta *misma* simulación se encuentra en Frenk *et al.* (1999).

esperarse que dicha política reaccionara ante los cambios en la composición partidista del gobierno. Además, se supondría que al actuar los legisladores, el resto del gobierno acataría la línea y la sociedad estaría contenta con su manera, más bien indirecta, de influir en la política pública.

La “denominación de origen” permite apreciar, también, la presencia de un *diseño* fuertemente sustentado en las corrientes de la gerencia pública (*public management*) en boga, que se expresa en los siguientes tres rasgos distintivos del diseño: *a*) la articulación de una *red diversificada* de agencias ejecutoras para los diferentes niveles del gobierno que cuentan, además, con la acción paralela de agencias no gubernamentales sustitutivas o complementarias; *b*) red que busca *legitimar* los procesos de la política a través de la ubicación de un mayor número de proveedores en tanto que responsables directos de los servicios ante la población y *generando* simultáneamente entre ellas competencia e incentivos al trabajo con vistas a mejorar la eficiencia-eficacia en los rendimientos; *c*) red que plantea una tarea de *coordinación y regulación* que también se anuncia en la reforma.

A través de un proceso político atípico en que, a su manera, con sus ritmos y en sus tiempos, se describe el arco decisorio que gestiona lo público moderno, la reforma mexicana articuló una ejecución singular del interés colectivo con *baja permeabilidad* de las estructuras del gobierno frente a la voluntad ciudadana.

Es cierto, como ya señaláramos, que a este resultado contribuyeron el impacto directo de la emergencia económica de diciembre de 1994 sobre la agenda, tiempos y contenidos de la reforma conducida desde la necesidades del Tablero del Ejecutivo, así como el universo complejo que estructura el soporte prospectivo –económico, demográfico, político y social– en el que se cobija la reforma de una política de tal envergadura, la cual inevitablemente implica un considerable gradiente de falibilidad. Pero también es cierto que en esa misma singularidad del proceso decisorio, en su “denominación de origen”, es donde se encuentra la clave del diseño y sus *impactos* financieros.

### **Primer tramo de la reforma: el nuevo sistema de pensiones**

#### *Expectativas*

Como lo destacó en su momento A. Valenzuela, entonces vocero de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (*El Financiero*, 9 de no-

viembre de 1996), con el nuevo sistema de pensiones se esperaba lograr ahorros superiores a 5 300 millones de pesos anuales para el sector empresarial. La participación del patrón en este nuevo esquema de financiamiento se redujo de 76 a 55%, y la del trabajador, a la mitad de la que prevalecía en la ley derogada, en tanto que la aportación del gobierno federal se incrementó poco más de ocho veces, al pasar de 4 a 35%. Se consideró, por ello, que la ley equivalía a una desgravación fiscal para favorecer la modernización de las empresas y la expansión de la planta productiva, con lo cual se esperaba impulsar la creación de empleos en el sector formal de la economía. Además, la disminución de la contribución de los trabajadores a los diversos ramos del seguro se presentó también como el equivalente a un incremento promedio de 2.4% en sus percepciones líquidas mensuales.

Por lo demás, de acuerdo con la información de Valenzuela (*El Financiero*, 9 de noviembre de 1996), el costo de la Nueva Ley del IMSS para el gobierno federal implicó, de entrada, una aportación al Instituto de 18 592 millones de pesos, con lo cual las transferencias estatutarias para la seguridad social del gobierno aumentaron en 414.1% en términos reales.

El *Cuarto Informe de Gobierno* (PEF, 1998: 130) vuelve sobre estos puntos y actualiza los logros obtenidos a esa fecha: el aumento de las percepciones netas para los trabajadores gracias a la disminución de las cuotas obrero-patronales, y el incentivo que ello representó para incrementar la afiliación al IMSS. La desgravación de la nómina que ello suponía se estimó, para 1998, en 11 000 millones de pesos. El IMSS, dice el *Informe*, incrementó sus ingresos en 12.3% por arriba de lo que hubiera obtenido con la legislación anterior para un mismo número de cotizantes y mismos salarios de cotización. Se detallan los efectos combinados del ajuste por la inflación, el nuevo mecanismo de depósito del seguro de retiro en cuentas individuales y la absorción por parte del gobierno federal de los pasivos por el pago de pensiones generados bajo la ley anterior, y se concluye que el balance es favorable para los recursos de los que dispondrá el Instituto para gasto corriente, inversión y ahorro.

Por lo que se refiere a los costos de la Nueva Ley para el gobierno federal en el periodo 1997-1998, el *Informe* ofrece las estimaciones que reproducimos en el cuadro 2.

**CUADRO 2**  
**Costo de la Nueva Ley del Seguro Social para el Gobierno Federal 1997-1998**  
**(millones de pesos)**

<i>Concepto</i>	<i>Pesos corrientes</i>		<i>Pesos de 1998</i>		<i>Variación %</i>	
	<i>1997<sup>a</sup></i>	<i>1998<sup>d</sup></i>	<i>1997<sup>a</sup></i>	<i>1998<sup>d</sup></i>	<i>Nominal</i>	<i>Real</i>
Seguro de enfermedad y maternidad <sup>b</sup>	8 233.3	16 031.6	9 358.1	16 031.6	95.0	71.3
Cuota social	2 546.6	5 611.8	2 898.0	5 611.8	120.4	93.6
Pensiones en curso de pago	8 864.4	19 515.9	10 087.7	19 515.9	120.2	93.5
Otros seguros <sup>c</sup>	1 079.5	1 201.9	1 228.5	1 201.9	11.3	-2.2
<b>Total</b>	<b>20 723.8</b>	<b>42 361.2</b>	<b>23 572.3</b>	<b>42 361.2</b>	<b>104.4</b>	<b>79.7</b>

<sup>a</sup> Comprende el costo de aplicar al primer semestre la ley anterior y al segundo la nueva ley.

<sup>b</sup> Incluye los gastos médicos de pensionados.

<sup>c</sup> Comprende los seguros de invalidez y vida y cesantía en edad avanzada y vejez. El monto de este último incluye las aportaciones a las Afores.

<sup>d</sup> Cifras estimadas.

Fuente: Reproducido de PEF (1998: 132, en donde se consigna como fuente el IMSS).

### *Tempo y justa evaluación*

Como señala Lindblom (1996: 4):

[...] ninguna de las elecciones de política corresponde a una manufactura puramente intelectual o de cierto análisis. Todas proceden de algún proceso político: no del cerebro sino del músculo. El análisis puede aportar una gran contribución –por ejemplo, puede ajustar las alternativas o encontrar otras nuevas– pero finalmente, la elección ocurre en la frecuentemente horrorosa arena política.

Para ser técnica y políticamente correcta, toda lectura sobre el proceso de reforma de cualquier política pública debe al menos asumir, en el tiempo, tanto el clima del que surgió, como la prueba operativa de su diseño e impactos. Yaun así, para intentar ser siempre justa, será preciso que dicha lectura acepte además que sólo a la distancia se adquiere la perspectiva adecuada para la apreciación global de sus aciertos y desaciertos. Porque, nuevamente con Lindblom (1996: 4): “Nadie podrá nunca analizar completamente esa complejidad. Todos los análisis omiten algunas variables importantes [...] El tiempo tam-

bién cuenta." Hay, pues, que darle ese *tempo* a la prueba operativa del diseño, y recordar que, como dice Bardach (1998: 44-45):

[...] el proceso de implementación tiene vida propia. Aun los mejores planificadores de políticas no pueden tener todos los detalles correctos para diseñar un escenario. Por consiguiente, deben permitir que los implementadores de políticas perfeccionen el diseño original. El elemento más común para tales mejoras es la participación en el proceso de implementación de individuos y grupos cuya experiencia o puntos de vista no hayan sido incluidos en la fase de diseño.

#### *A dos años de la reforma*

*Cumpliendo el primer año:* en el cuadro 3 recogemos algunos de los impactos visibles de este primer tramo de la reforma, organizados en veintiún áreas temáticas.

#### CUADRO 3

##### Primeros impactos a un año de la reforma

1. *Recursos.* En 1998 el IMSS contó con un presupuesto de ingresos en efectivo equivalente a 87 265 millones de pesos; el gasto en efectivo ascendió a 85 235 millones de pesos. Este gasto es equivalente a 2.2 puntos porcentuales del producto interno bruto (PIB) (IMSS, 1998: 10).

2. *Aportación gubernamental.* En 1998 se incrementó 12 veces, al pasar de 3 585 millones de pesos a 43 376 millones de pesos (IMSS, 1998: 11). Para 1998 se estimó que la aportación gubernamental sería de 42 361.2 millones, con un incremento ajustado por inflación de 79.7% en relación con los 20 723.8 millones de pesos registrados durante 1997 (año que transcurrió la mitad bajo la antigua ley, y la segunda mitad bajo la nueva). Las aportaciones gubernamentales a los seguros que establece la Ley del Seguro Social estimadas para 1998 (primer año completo de operación de la nueva ley) serían casi 11 veces mayores, en términos reales, que las realizadas durante 1996 (último año que transcurrió íntegramente bajo la ley anterior). Considerando sólo los seguros de Enfermedades y Maternidad, y de Invalidez y Vida, la aportación gubernamental sería 3.9 veces mayor en 1998 que en 1996; al agregar la aportación para cuota social, 6.5 veces (PEF, 1998: 131).

3. *Estructura de los ingresos por aportante.* De acuerdo a la Nueva Ley del IMSS el gobierno federal es responsable de 43% (bajo la ley anterior lo era de solamente 4%); el patrón de 49% (en la ley anterior, 76%) y el trabajador de 8% (en la ley anterior, 20%) (IMSS, 1998: 12).

4. *Monto del ramo de enfermedades y maternidad y aportación gubernamental.* En lugar de percibir por concepto de cuotas tripartitas 39 323 millones de pesos,

este ramo obtuvo 42 534 millones de pesos en 1998 (IMSS, 1998: 13). La contribución del gobierno federal fue siete veces superior, en 1998 llegó a 15 937 millones de pesos (IMSS, 1998: 15).

5. *Cuotas para los trabajadores en el ramo de enfermedades y maternidad.* Para aquellos con un nivel de percepción de hasta cinco salarios mínimos, la aportación mensual fue de 47.5 pesos de 1998, frente a los 141.3 de la ley anterior. Es decir, una variación de 66.4% (IMSS, 1998: 14).

6. *Sistema de pensiones.* El gasto del gobierno federal en el sistema de pensiones y retiro durante 1998 fue de 25 869.8 millones de pesos. De ellos, 2.9% (742.1 millones de pesos) se destinó al seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; 75.4% (19 515.9 millones de pesos) a pensiones en curso de pago; y 21.7% (5 611.8 millones de pesos) a la cuota social que se integra a la cuenta individual para el retiro de cada trabajador (la distribución porcentual por tipo de aportante para cada componente puede revisarse en el cuadro 5) (PEF, 1998: 131).

7. *Rentas vitalicias.* Al 1 de octubre de 1998, 12 compañías aseguradoras en competencia sumaban ya la obligación de pago sobre 21 000 pensionados (Borrego, 1998).

8. *Afiliación a las Afores.* Según la Consar, al terminar la primera quincena de septiembre de 1998 las Afores contaban con 13 145 000 afiliados. Se había captado casi 89% del mercado proyectado para ese año (14 820 000 cuentas). Bancomer mantenía el liderazgo (2 126 000), seguida de Santander Mexicano (cerca 2 millones), en tercer sitio por Profuturo GNP (1.5 millones) y el cuarto, Banamex (1 400 000). En los últimos lugares se ubicaron Capitaliza (52 500) y Zurich (48 000) (*El Financiero*, 17 de septiembre, 1998; PEF, 1998: 234).

9. *Salario mínimo promedio de los trabajadores afiliados.* Mientras Capitaliza descendió de 5.2 a 3.8 entre julio de 1997 y agosto de 1998, Inbursa pasó de 8.2 a 7.9 (*Reforma*, 7 de octubre, 1998).

10. *Aportación individual.* De acuerdo con la Consar, al 30 de agosto de 1998, 80% de los trabajadores afiliados registró por lo menos una aportación al sistema (*Reforma*, 7 de octubre, 1998; PEF, 1998: 234). El porcentaje más bajo (en la relación entre trabajadores registrados contra trabajadores que aportan) correspondió a Zurich (52.1%) y los más altos a Inbursa (97.2%) y Banamex (94.3%) (cuadro 6) (*Reforma*, 7 de octubre, 1998).

11. *Fondos totales acumulados en el sistema.* Al 30 de agosto de 1998 ascendían a 80 852 millones de pesos (39 959 millones a retiro y 40 892 millones a vivienda administrados por el Infonavit) (*Reforma*, 7 de octubre, 1998; PEF, 1998: 234-235).

12. *Concentración de los fondos.* Banamex, Bancomer, Bital, Garante e Inbursa acumularon en conjunto 27 878 millones de pesos, equivalente a 70% de los recursos (sin incluir al Infonavit) (*Reforma*, 7 de octubre, 1998).

13. *Fusiones.* Después de que la Consar autorizara 17 Afores en febrero de 1997, para la segunda quincena de septiembre de 1998 se habían celebrado cuatro fusiones: Afore Profuturo-GNP adquirió Previnter; Afore Confía Principal compró Atlántico-Promex; Génesis se fusionó con Santander-Mexicano, e Inbursa se adjudicó Capitaliza (*Reforma*, 19 de septiembre, 1998).

## CUADRO 3 (continuación)

14. *Rentabilidad.* Según la Consar, en el transcurso del año que va del 31 de agosto de 1997 a agosto de 1998, el promedio de rendimiento de las Afores alcanzó 2.33% por encima de la inflación. 16 Afores registraron una rentabilidad positiva. Al descontar el efecto del cobro de comisiones, resultó una rentabilidad de 2.77% para todo el sistema (cuadro 7) (*El Financiero*, 17 de septiembre, 1998). Este es justamente el punto: el sistema está diseñado para que pague tasas reales a los trabajadores que cotizan al IMSS.

15. *Indicador de rendimiento neto.* Este parámetro se construye considerando el resultado actual proyectado en un plazo de 24 años suponiendo que se mantiene la estructura vigente de comisiones. Una primera proyección mostró un promedio para todo el sistema de 1.36%, para el lapso del 31 de agosto de 1997 al 31 de agosto de 1998 (cuadro 8) (*El Financiero*, 23 de septiembre, 1998).

16. *Impacto de la crisis financiera de 1998.* Quedan por establecer sus efectos sobre la calidad de la gestión y el indicador de rendimiento neto. Por lo pronto, la Consar hizo algunas precisiones sobre los niveles que alcanzaron, en términos reales, el indicador de rendimiento neto real (última columna del cuadro 8) y la rentabilidad real de las Siefores (cuadro 9) (*El Financiero*, 30 de septiembre, 1998).

17. *Monto de los activos de las Siefores y composición de la cartera.* Al 30 de julio de 1998 los activos alcanzaban 40 039 millones de pesos. De ellos, 49% se destinó a la adquisición del Bonde 91; 32% a Cetes; 10% a Udibonos; 3% a papel privado y 6% a otros instrumentos (*Reforma*, 7 de octubre, 1998). El *Cuarto Informe* menciona un monto total de 39 065.9 millones de pesos al 31 de julio (PEF, 1998: 235).

18. *Traspasos.* Una evaluación realizada por la Consar reveló que el rendimiento otorgado por las Siefores, el cobro de comisión y el servicio representaron las principales causas que motivaron a los trabajadores afiliados a las Afores a cambiarse de empresa. No obstante, al decir de F. Solís Soberón, presidente de la Consar, los traspasos no han sido muy altos (*El Financiero*, 30 de septiembre, 1998). Según J. García, vicepresidente de operaciones de la Consar, entre julio y septiembre de 1998 ésta recibió 13 751 solicitudes para cambio de Afore (*Reforma*, 9 de septiembre, 1998).

19. *Planes privados de pensiones.* La Consar había registrado, al 30 de julio de 1998, nueve planes de pensiones establecidos por los patrones o derivados de contratación colectiva (*El Financiero*, 7 de octubre, 1998; PEF, 1998: 234).

20. *Tasa de retorno.* Se estima que será en seis o siete años cuando pueda recuperarse la inversión realizada para el inicio de operaciones (*Reforma*, 7 de octubre, 1998).

21. *Las pensiones en el PIB.* Se estima que los fondos de pensiones podrán llegar a representar 35% del PIB para los próximos 12 años y casi 100% para el 2037 (A. Villagómez, investigador del CIDE, entrevistado por *El Financiero*, 18 de septiembre de 1998).

---

Notas: Consar: Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro. Afores: Administradoras de Fondos de Retiro. Siefores: Sociedades de Inversión Especializadas en Fondos para el Retiro.



Pero conviene tener presente que éste fue sólo el primer año. En el caso chileno, pasaron 17 años antes de que el modelo de seguro de pensiones dejara ver sus límites y sus puntos más débiles (Witker, 1998; *The Economist*, 1998). En fecha reciente, un seminario realizado en ese país para analizar algunos de los problemas que enfrentan las gerencias de operaciones de las administradoras de fondos de pensiones en América Latina dejó ver algunos más de los problemas involucrados. Se subrayó, por ejemplo, la necesidad de que éstas redujeran sus comisiones por el peso que representan en los costos de administración, los problemas que generan en la formación de economías de escala, y la disminución en el número de administradoras dispuestas a participar (de las 24 que iniciaron en Chile, quedan sólo nueve sobrevivientes).<sup>11</sup>

*Saldos institucionales al segundo año:* en ocasión del segundo año de inicio del sistema, Solís, presidente de la Consar (Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro), aludió *oficialmente* –entre otras– a las nueve áreas temáticas que sintetizamos en el cuadro 4.

*Evidencias ulteriores:* la reforma del sistema de pensiones se orienta en la dirección mundial que busca adecuar el curso de la política pública. Sin embargo, algunos estudios *posteriores* constatan tanto el margen de *incertidumbre decisoria* en que se optó por ella como el empeño en *justificarla*.

Así, con respecto a la relación *pensión-ingreso* (participación proveniente del pago de pensiones en el ingreso total), Solís y Villagómez (1999: 120-123) encuentran que para 1992, alrededor de 7.5% del total de los hogares contaba con ese componente como parte de sus ingresos. Su peso era proporcionalmente mayor para las personas de menores ingresos en comparación con quienes los tenían más altos. Esa participación proporcional de las pensiones en el ingreso de los hogares creció, entre 1984 y 1992, en 13% (como promedio), pese a que con el paso del tiempo las pensiones se habían estado deteriorando, por lo que buena parte de los pensionados percibía desde décadas atrás menos de un salario mínimo.<sup>12</sup> Así, la participación de las pensiones en el ingreso había estado disminuyendo, pero no había dejado de ser un componente *imprescindible* para los hogares de

<sup>11</sup> Según Pedro Corona Bozzo, presidente de la Federación Internacional de Administradoras de Pensiones (FIAP), en entrevista a *El Financiero*, noviembre 8 de 1998.

<sup>12</sup> Aun con la modificación de los montos de la pensión mínima de 1990, para 1994 más de 80% de ellos percibía, en promedio, menos de un salario mínimo.

## CUADRO 4

**Saldos al segundo año de la reforma**

- 
1. *Fondos totales acumulados en el sistema:* 81 951.1 millones de pesos en estos primeros dos años, cantidad equivalente a 2.5% del producto interno bruto (PIB). El sistema incrementa sus recursos a un ritmo anual de 52 000 millones de pesos. Para fines de 1999 se espera que el sistema esté manejando recursos por casi 120 000 millones de pesos, equivalentes a una cuarta parte de la deuda interna del gobierno federal (*La Jornada*, 7 de julio, 1999).
  2. *Rentabilidad:* el rendimiento promedio otorgado por las Siefores en el periodo junio 1997-junio 1999 fue de 7.97% en términos reales. Ninguna otra sociedad de inversión en el país otorgó un porcentaje de ganancia mayor (*La Jornada*, 7 de julio, 1999).
  3. *Afiliación a las Afores y salario mínimo promedio de los trabajadores afiliados:* 14.6 millones de trabajadores afiliados a las Afores para junio de 1999. De ellos, 61.7% son activos con un salario promedio de 3.50 veces el mínimo (*El Financiero*, 7 de julio, 1999).
  4. *Rentas vitalicias:* al 9 de julio de 1999, 13 compañías aseguradoras en competencia sumaban ya la obligación de pago sobre 40 839 pensionados. Bancomer contaba con 28.3% del mercado, seguido de Porvenir GNP con 16.9% (*El Financiero*, 13 de julio, 1999).
  5. *Régimen de inversión de las Siefores:* es el menos avanzado de América Latina, en donde ya se han operado cambios sobre el sistema de pensiones. El mexicano es "muy restrictivo, porque mayoritariamente permite la inversión en instrumentos gubernamentales en beneficio y protección del trabajador, pero se trabaja en su mejoramiento". Respecto al chileno, "México tiene un retraso de 20 años, si se toma en consideración que este sistema introdujo cambios en los primeros 10 años de vigencia del régimen que le permitieron ampliar las opciones de inversión y diversificar las carteras en beneficio de los trabajadores" (*Reforma*, 7 de julio, 1999).
  6. *Captación en el nivel continental:* ocupa el primer lugar con cerca de 5 000 millones de dólares anuales (*Reforma*, 7 de julio, 1999).
  7. *Fondos acumulados en el nivel continental:* ocupa el tercer lugar con recursos que representan 8 300 millones de dólares. Antes se ubican el sistema argentino, con 12 000 millones, y el chileno, con 33 000 millones de dólares (*Reforma*, 7 de julio, 1999).
  8. *Total del flujo anual de las Afores:* se compone de 3 500 millones de dólares correspondientes a las aportaciones de los trabajadores al fondo de retiro y otros 1 500 millones que representan los intereses de los fondos acumulados en los dos primeros años de operación del nuevo sistema (*Reforma*, 7 de julio, 1999).
  9. *Traspasos:* de mayo de 1998 a junio de 1999, se traspasaron de la Cuenta Concentradora a alguna de las 14 Afores 1 060 552 cuentas (*Reforma*, 14 de julio, 1998).
-

*menores* ingresos que contaban con ellas. Pero quedaban aún dos deciles de ingreso más abajo, prácticamente al margen de este (aunque magro) beneficio: en el año de 1992, la participación de los pensionados en los dos deciles más bajos era menor a 2% del total.<sup>13</sup> Otra de las variaciones preocupantes que señalan los autores es la caída de la participación femenina de 41% en 1984 a 37.5% en 1992; si se tiene en cuenta el incremento del empleo femenino observado en ese mismo periodo, esto podría interpretarse como un indicador más de la precariedad con la que las mujeres se incorporan al mercado de trabajo (Pacheco, 1997).

Por lo que toca a la relación *pensión-ahorro* (perfiles de consumo, ingreso y ahorro), otro estudio de estos mismos autores, también posterior a la reforma, analiza el comportamiento del ahorro de las familias mexicanas bajo un esquema de pensiones público de reparto y concluye que, una vez controlados los factores demográficos, temporales y generacionales, todo parece indicar que en el caso mexicano el efecto de los sistemas de pensiones de reparto sobre el ahorro, si bien pequeño, es negativo. Es decir, que las tasas de ahorro de los trabajadores asalariados cubiertos por la seguridad social son levemente *menores* (en un promedio de 0.5 %) que las de los trabajadores no asegurados (Villagómez y Solís, 1999: 23). Con base en algunas simulaciones elaboradas a partir de este análisis, los autores sugieren que el nuevo sistema de pensiones instrumentado para la población cubierta por el IMSS podría llegar a tener un efecto positivo, aunque también pequeño, sobre el ahorro. Consideran que si esto sucediera efectivamente así, se evidenciaría la *validez* de la reforma, al menos en lo que al ahorro se refiere.

### **Segundo tramo de la reforma: la salud**

Señala Bardach (1998: 17) que la primera información sobre algún problema, su primera definición, proviene por lo general del “cliente”, por lo cual suele aparecer expresada en el lenguaje utilizado en

<sup>13</sup> Lo cual no sorprende, ya que en los hogares más pobres (habitualmente rurales y agrícolas) hay pocos trabajadores urbano-industriales (como hemos dicho, los principales beneficiarios de la seguridad social). Sin embargo, el estudio mencionado reporta una variación en la distribución de las pensiones entre los sectores urbano y rural, de manera que los pensionados del primero pasaron de 87% en 1984, a 78% en 1992.

su propio ambiente político. Este lenguaje, al que denomina “retórica del tema”, puede circunscribirse a lo que aparece como un problema técnico, pero puede también formar parte de alguna controversia de interés social más amplio. Cualquiera que fuera el caso, advierte, el analista está obligado a ir más allá de esa retórica para definir el problema en forma tal que resulte manejable y que tenga sentido a la luz de los recursos políticos e institucionales disponibles.

El reto de la siguiente fase de la reforma consiste en diseñar la regulación adecuada para la provisión directa e indirecta de servicios modernos de atención a la salud para la población. Se trata de un proceso decisorio que afecta una fibra extraordinariamente sensible del pacto social y que, por ello mismo, para prosperar debe contener ese tacto que lo haga manejable. Una política viable debe ser políticamente aceptable.<sup>14</sup>

Pero, cabe preguntar: ¿qué contienen las voces pro reforma en esta materia?, ¿son de salida o de lealtad?, ¿son persuasivas e incluyentes? Son voces que aspiran a ser de *salida* pero desoyen instrumentalmente al primer actor de la *lealtad* en la arena política: el médico, al tiempo que sobrecuchan a sus *complementos* naturales, el biomédico y el de salud pública.

#### *Voces, primeros diseños y nuevos empeños*

En el año de 1994, el estudio *Economía y salud* (Funsalud, 1995) estableció cuatro principios, ocho propuestas y cuatro líneas de política, que pueden verse expresados en el *Plan Nacional de Desarrollo* (PEF, 1995: 53-55)<sup>15</sup> y también en el *Programa de Reforma del Sector Salud* (PEF, 1996: 14-19).<sup>16</sup>

Ésta, que fue una voz con pretensiones de salida, quedó *limitada* a dos estrategias de gobierno: la reforma de la Ley del IMSS y la conformación del Paquete de Servicios Básicos Esenciales:junto con el proceso de descentralización de los servicios para la población no asegurada.

<sup>14</sup> Como dijera Felipe González: “[...]el presidente de la primera potencia mundial puede enviar 850 mil soldados al Golfo Pérsico, pero no puede reformar el sistema de salud. Saben mucho sobre la política de gran potencia, pero no tienen ningún proyecto para la cohesión social.” *El País*, 17 de septiembre, 1998.

<sup>15</sup> 4. Desarrollo Social. 4.5 Estrategias y líneas de acción. 4.5.1 Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos.

<sup>16</sup> II. Propósitos, objetivos y lineamientos de la Reforma.

Una nueva *síntesis* de ese mismo coro de voces, interpreta a “toro pasado” la reforma de la salud emprendida por la administración zedillista –que ciertamente contribuyó a diseñar– como la concreción del ofrecimiento hecho en el *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000* de “mejorar la calidad y la accesibilidad a los servicios de salud” (Frenk *et al.*, 1999: 87), y en la que se subrayan, además, los siguientes cuatro objetivos del *Programa de Reforma del Sector Salud*:

- i)* Establecer instrumentos que promuevan la calidad y la eficiencia de los servicios de salud; *ii)* ampliar la cobertura de la seguridad social, facilitando la afiliación de la población no asalariada y de la economía informal; *iii)* concluir y profundizar la descentralización de los servicios de salud para los no asegurados, y *iv)* extender la cobertura de los servicios a las zonas urbanas y rurales de pobreza (Frenk *et al.*, 1999: 87).

Este punto de vista sostiene que, al ocuparse de sus interrelaciones y sin pretender evaluar los resultados de esta reforma, pueden encontrarse los siguientes cambios en lo que atañe a las poblaciones *asegurada* y *no asegurada* (Frenk *et al.*, 1999: 87). Para la primera:

Las propuestas encierran cambios profundos en el financiamiento y la prestación de los servicios de salud del IMSS, entre los que destacan: *i)* sustitución del anterior impuesto a la nómina por una contribución mixta con una cuota única pagada por los patrones y el gobierno para los trabajadores que ganen hasta tres salarios mínimos, con aportaciones proporcionales a la nómina para los empleados que perciban más de tres salarios mínimos; *ii)* dependencia creciente del financiamiento por impuestos generales, a expensas del anterior impuesto a la nómina dedicado exclusivamente a la seguridad social; *iii)* reversión de cuotas para las empresas que se responsabilicen por los servicios de salud a sus empleados; *iv)* cambio a la prima para cubrir los riesgos de trabajo; *v)* libre elección del médico de familia, a fin de mejorar la satisfacción de los usuarios e introducir incentivos para el mejor desempeño de los prestadores de servicios; *vi)* mayor flexibilidad, vía seguro voluntario del IMSS, para prestar servicios a los asegurados de otros regímenes.

Para la población *no asegurada*, los principales cambios identificados son:

- i)* Extensión de la cobertura del servicio médico del IMSS a grupos tradicionalmente excluidos de la seguridad social, mediante el establecimiento de un nuevo seguro para la familia, el cual contará con un subsidio público; *ii)* culminación de la descentralización de los servicios para la población no asegurada, mediante su ampliación a todas las entidades federativas y la profundización de las transferencias financieras a los go-

biernos estatales, con una ulterior fusión de los servicios actualmente prestados por la seguridad social y el Programa IMSS-Solidaridad; *iii*) ampliación de la cobertura a los grupos marginados, mediante la introducción de un paquete básico de servicios de salud.

Esta visión *sistémica* (Soberón, 1999) del proceso de reforma considera, ahora, que sus cuatro principios orientadores son:

1) *Ciudadanía*: el acceso a los servicios de salud es un derecho social; 2) *pluralismo*: la población ejerce su libertad de elección entre varias opciones que conforman un sistema plural, en el que se combina lo mejor de los sectores público y privado; 3) *solidaridad*: todos contribuyen al sistema según sus capacidades, de modo que cada quien pueda recibir atención cuando la necesite, y 4) *universalidad*: toda la población queda protegida por un paquete universal de servicios efectivos y costeables (Soberón, 1999: 89).

Tales principios se expresan, para esta interpretación *armónica* de la reforma, en tres propósitos:

1) *Equidad*: ante una misma necesidad de salud todas las personas, sin discriminación de ningún tipo, tienen la misma oportunidad de acceso a servicios prioritarios; 2) *calidad*: los servicios producen el máximo mejoramiento posible de la salud, satisfaciendo a la vez las expectativas de los usuarios por una atención buena, oportuna, continua, cortés y respetuosa, y 3) *eficiencia*: el sistema obtiene el mayor rendimiento posible de los recursos, al reducir al mínimo el desperdicio y al invertir prioritariamente en los servicios que generan las mayores ganancias de salud (Soberón, 1999: 87).

### *Riesgos visibles*

Independientemente de la avenencia de este *arreglo sistémico* con la heterogénea *realidad* del México de fin de siglo, es claro que aun bajo la mejor regulación, o si se quiere, la más sofisticada, una propuesta de tal *cordialidad* conceptual tendría todavía que sobrevivir al océano de pobreza y pobreza extrema en que nadan, bastante torpemente, nuestras “políticas sociales”. Lo que está a prueba es, como en su *primer* diseño, la misma capacidad de la voz en tanto que voz de *salida*.

Es por ello oportuno tener presente que, *incluso* en experiencias sanitarias recientes de países de ingreso medio y alto –para no mencionar otros casos latinoamericanos que *comparten* con México la debilidad estructural de sus “políticas sociales” frente al megahorizonte

de la pobreza extrema—, ha sido preciso *corregir políticamente* diseños armonicistas que han culminado, más que en el esperado “pluralismo estructurado” (Frenk *et al.*, 1999), en auténticas *polarizaciones desestructuradas* (NHS, 1997; Bundesministerium für Gesundheit, 1998; Kouchner, 1999; *The Economist*, 1999a).

Pero si además se considera lo que señala el Consejo Nacional de Población (Conapo): que al rápido proceso de envejecimiento demográfico se aúna el hecho de que más de la mitad de la población económicamente activa no está afiliada a ninguna institución de seguridad social que le permita jubilarse, y que —como es sabido desde hace años— a ese conjunto pertenecen precisamente los grupos más débiles (los trabajadores rurales, los del sector informal y los desempleados) (*La Jornada*, junio 21 de 1999), se aprecian todavía mejor algunas de las debilidades de este nuevo diseño. Por si ello no bastara, los padecimientos que en la actualidad conducen con mayor frecuencia a la muerte son las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes mellitus y la enfermedad cerebrovascular, además de los accidentes (SSA, 1998: 69). De manera que a este diseño le faltaría aún por establecer, como también señala Conapo, que : “...en las próximas décadas la mayor preocupación sobre el envejecimiento no será el pago de pensiones u otras necesidades, sino la atención a la salud de las personas en edad avanzada, donde son más graves los estados de morbilidad” (SSA, 1998: 69).

Así, uno de los mayores riesgos del nuevo diseño regulatorio para la prestación directa e indirecta de servicios modernos a la población es que, si se inclinara por la opción de constituir consorcios *segmentados o no integrados*,<sup>17</sup> podrían inducirse estructuras de pólizas (“trajes a la medida”) que, por la naturaleza de sus coberturas, podrían revertir, en el largo plazo, efectos *ex post* sobre los recursos públicos disponibles. Ello podría traducirse, a su vez, en una sobrecarga sobre los fondos orientados a las mayorías.

Una entrevista realizada al director del IMSS, G. Borrego, muestra algunos de los ángulos de esta preocupación (De Icaza, 1998). A la pregunta “¿cómo enfrentaría el riesgo de la selección adversa que las prestadoras privadas pudieran aplicar sobre los asegurados, en el caso de que los servicios de salud pudieran ser subrogados?”, respondió:

<sup>17</sup> Es decir, sin una integración entre los servicios de atención médica de primer nivel y los niveles más especializados, y un equilibrio de las intervenciones preventivas y curativas adecuado al perfil de daños que ha de enfrentarse.

Primero: ¿cómo hacer para que estas empresas estuvieran dispuestas a proporcionar servicios a los precios que el IMSS les pagaría? Y, en segundo lugar, no se daría ninguna selección adversa porque es cierto que pudieran irse (los trabajadores) a otra alternativa, pero tienen derecho a los mismos servicios independientemente de sus aportaciones. Y no por el hecho de que tenga altos salarios el IMSS le va a pagar a esa alternativa privada una cantidad superior por los servicios que les da. No sé si esto está claro... No hay selección adversa (De Icaza, 1998: 37).

Y cuando se le preguntó: “Si yo soy un trabajador y solicito los servicios de una clínica privada, ¿eso no es un servicio privatizado?”, Borrero respondió: “No, es gestión privada de un servicio público. No hay que caer en la confusión de que los servicios públicos tienen siempre que estar estatizados [...]” (De Icaza, 1998: 34).

#### *Nuevas oportunidades para el diseño*

En la medida en que el reto del siguiente tramo de la reforma coincide con otra apertura –lo que explica la reacción social frente al préstamo por 700 millones de dólares que otorgó el Banco Mundial al IMSS en 1998–, el proceso decisorio puede beneficiarse en esta nueva oportunidad, además, de una intensa acción persuasiva que, justamente, trabaje para preservar y mejorar esa cohesión social.<sup>18</sup> Según el director del IMSS (De Icaza, 1998: 32-33):

Se ha magnificado mucho lo del famoso préstamo del Banco Mundial[...] Nada más quiero ubicar el monto respecto de las cifras institucionales: 700 millones de dólares para el IMSS representan algo así como 17% de lo que en un solo año nos gastamos en sueldos, 65% de lo que en un solo año nos gastamos en medicinas... Hay alguien que me encuentra una contradicción: ¿por qué si hay finanzas sanas solicitan un programa de fortalecimiento financiero? La respuesta es: precisamente por eso. Porque no queremos gastarnos las reservas y volver a caer en los problemas del pasado. Con base en estos resultados positivos[...] es que requerimos resolver los problemas del rezago acumulado de casi dos décadas. Otro de sus efectos fue una disminución de las cifras durante muchos años destinadas a la conservación, al mantenimiento de nuestros hospitales.

<sup>18</sup> R. Dahrendorf (1999: 6-7) lo ha formulado así: “¿cómo podemos crear condiciones sostenibles de mejora económica en los mercados mundiales sin sacrificar al mismo tiempo la solidaridad básica, la cohesión de nuestras sociedades, ni las instituciones que constituyen la libertad?”.



Todo esto ya ha sido revertido. Pero necesitábamos un apoyo para que, de acuerdo con la planeación de largo plazo[...] pudiéramos mejorar la eficiencia, elevar los niveles de productividad general del sistema operativo y, por tanto, tener condiciones para construir clínicas, hospitales, elevar el presupuesto de conservación y mantenimiento que son muy urgentes para el Plan Integral de Calidad que hemos puesto en marcha en toda la institución a partir de 1998.

De cara a esta previsible apertura, conviene tener presente algunos saldos de otras experiencias en curso. Un sucinto recuento de algunos de los problemas más visibles de las *Health Maintenance Organizations* (HMO) muestra que, guardando las debidas proporciones, si de procesos de apertura se trata, desde nuestro punto de vista las lecciones que pueden extraerse de ese caso son dobles, y podrían estar incorporadas *evaluativamente* al nuevo diseño regulatorio (Leal, 1998b), es decir, a una auténtica voz de *salida* articulada *desde* y para la *lealtad* de la arena de la política pública.

*Primer grupo de lecciones:* la capacidad de manejo del diseño dependerá de que se cuiden estratégicamente: *a)* los frecuentes fraudes contra la seguridad social; *b)* la dificultad para empalmar sistemas informáticos que carecen de la adecuada ponderación que otorga la correcta intervención clínica; *c)* la dificultad para consolidar fusiones en consorcios que tienen como materia de trabajo la corporeidad humana y su ámbito simbólico; *d)* la dificultad para establecer la relación precio-intervención clínica que, en estos consorcios, realizan en general administradores, con frecuente ausencia del juicio experto proveniente del espacio clínico; *e)* la dificultad para establecer costos de intervenciones clínicas, compararlos entre firmas y construir trazadores; *f)* el empleo de tecnologías sofisticadas no siempre asociadas a las necesidades del diagnóstico y el tratamiento clínico; *g)* la presencia exagerada de arsenales medicamentosos débilmente asociados a la prescripción clínica; *h)* los severos problemas de calidad en el servicio derivados de la falta de buena práctica; *i)* la restricción en la elección por la estructura de las pólizas; y *j)* la peligrosa dependencia del capital accionario y de los ciclos del mercado bursátil.

*Segundo grupo de lecciones:* el diseño mexicano puede beneficiarse de una evidencia que recorre los debates en la materia desde hace ya más de una década: la constatación de lo difícil que resulta implantar nichos de negocios —que eso y no otra cosa son las HMO: empresas al fin y al cabo— en el sector salud (NHS, 1997; Witker, 1998), en tanto que dicho sector es —como lo ha reconocido Felipe Gonzá-

lez (*El País*, 17 de septiembre de 1998)– un lugar privilegiado para preservar la cohesión y es, finalmente, un *bien público* que debe ser permanentemente fortalecido por la vía fiscal, en tanto que por la naturaleza de su objeto sanitario presenta casi inmediatas fallas de mercado.<sup>19</sup>

Una voz autorizada lo resume en los siguientes términos (Sánchez Bayle, 1999):

[...] se produce la mercantilización de la asistencia sanitaria quebrando el fundamento del servicio sanitario: una atención de calidad a las necesidades de salud de la población, que se sustituye por la búsqueda de la rentabilidad económica. Desaparece la participación de profesionales y usuarios en unas entidades con un régimen de una opacidad absoluta que hace imposible el control sobre sus actividades, y se empeoran las condiciones de los profesionales de la salud: reducción de personal (las fundaciones tienen 30% menos de personal por cama),<sup>20</sup> peores condiciones de trabajo (más horarios, mayor precariedad, etc.) y sobre todo, presiones sobre la práctica asistencial para el ahorro de recursos sin tener en cuenta las necesidades de los enfermos.

La cohesión social no sólo depende de la ausencia de marginación y pobreza, sino también y muy especialmente de trabajar con una orientación correctiva específica sobre la reducción de las distancias que resultan de la desigualdad social, las cuales se manifiestan, en materia sanitaria, como desigualdad en el acceso a la atención médica y en su calidad (Córdova *et al.*, 1989). Por su misión, todo Sistema Nacional de Salud debería contribuir a preservar la cohesión social. Hoy por hoy, además, puede fortalecerla al comprometerse con el impulso de la condición ciudadana hacia la iniciativa y la autorresponsabilidad (Dahrendorf, 1990; Nussbaum y Sen, 1996).

<sup>19</sup> Buscando mejorar la eficiencia de las administradoras de salud del sector privado, el Ejecutivo federal presentó ante el Congreso de la Unión una iniciativa de reforma para generar un marco que regule su operación (*La Jornada*, 9 de abril de 1999), que fue aprobada tanto por la Cámara de Diputados ("Quehacer Parlamentario", *Reforma*, 13 de mayo) como por el Senado (*La Jornada*, 7 de julio). Sin embargo, su competencia fundamental en *materia* sanitaria (costos/precios para el prestador/usuario de las intervenciones, así como coberturas y restricciones de las pólizas) se reduce a que las aseguradoras actúen "en coordinación con la Secretaría de Salud, la que expedirá constancia para la prestación de esos servicios" ("Quehacer Parlamentario", *Reforma*, 13 de mayo).

<sup>20</sup> Se refiere a las Fundaciones Sanitarias Públicas promovidas por el Ministerio de Salud para transformar la estructura del sistema sanitario público en España.

Ahora bien, los planteamientos de la redistribución están hechos bajo la lógica nacional y no supranacional. Mientras que la coordinación de las políticas económicas de los estados es una cuestión de carácter táctico, la interconexión de los mercados de bienes y servicios ha reducido el marco de referencia de las políticas públicas. De cara a este escenario, el diseño de las políticas sociales debe ser estratégico. Como ha sostenido Jospin (1998):

[...] es necesario distinguir los servicios públicos del sector público. Aquellos derivan de una concepción fundamental de la sociedad, la cual defendemos por encima de todo. Son el corazón del lazo social. Garantizan a todos los ciudadanos la igualdad de acceso y de tratamiento. Por eso rechazamos su transformación en objeto de ganancia. El sector público es hoy una cuestión de propiedad. En ausencia de justificaciones basadas en el interés nacional, no somos favorables a la privatización de este patrimonio común que son las grandes empresas públicas.

### *Alternativas*

En el marco de las prioridades nacionales, una acción institucional alternativa y estratégica podría consistir en constituir una suerte de “reserva de mercado”, dejando a la elección de los usuarios con capacidad de prepago y pago una oferta adecuadamente regulada de los así llamados servicios subrogados, revertidos o de prestación indirecta. Como decía Borrego:

Creo que, en primer lugar, nadie se ha puesto a pensar, eventualmente, cuánto le pagaría el IMSS a los hospitales privados por la subrogación de servicios. Por lo tanto, nadie se ha puesto a pensar si sería o no negocio. Yo estoy absolutamente convencido de que no sería negocio. Absolutamente convencido de que el IMSS es la mejor alternativa en costo y calidad que existe en nuestro país y quien le pagaría los servicios a estas opciones privadas sería el IMSS. Y tenga usted la seguridad de que el IMSS no les va a pagar más de lo que a nosotros nos cuesta proporcionar los servicios (De Icaza, 1998: 37).

Pero habría que ofrecer, simultáneamente, un compromiso institucional explícito con las mayorías que carecen de esa capacidad de prepago y pago, para mejorar la calidad de la prestación institucional directa a través del fortalecimiento y diseño de nuevas políticas ampliamente persuasivas y creíbles para el mejoramiento del quehacer

que se realiza en el espacio clínico. Para ello, la voz de salida debería expandir la caja de resonancia de la lealtad de la arena política.

Podría incorporarse, así, una estrategia complementaria, atendida por el sector privado, entidades no lucrativas (*The Economist*, 1999b) e incluso ONG (organizaciones no gubernamentales) bien reguladas que, si se diseña adecuadamente, podría, eventualmente, liberar recursos para ser reasignados a los programas de atención de las mayorías sin capacidad de pago y que, eventualmente, fomentaría la capitalización de la reforma financiera institucional en curso.

Aunque nunca es tarde, una voz que habla desde la perspectiva *biomédica*, confirma *ahora* salidas con esa dirección (Pérez Tamayo, 1999: 13):

[...] los empresarios y los inversionistas descubrieron que la medicina, en lugar de ser un servicio, podría transformarse en un negocio. [...] Todos vamos a necesitar, hemos necesitado de la medicina. Se trata en realidad de un mercado cautivo, se le explota comercialmente y, claro, es un negocio; por otra parte, se elevan los costos de la atención médica más allá de lo que el individuo promedio puede pagar. En la actualidad es muy poca la gente que puede darse el lujo de enfermarse, de ingresar en un hospital, de entrar en cuidados intensivos, con una cirugía especializada un par de semanas. Después de eso se queda sin casa, sin coche, porque no tiene dinero que alcance para pagar semejante atención. Se supone que esto debería pagarlo la seguridad social. La realidad es que no lo ha resuelto...

La solución, creo, es la seguridad social, pero no la del Estado. El Estado ha mostrado su incapacidad para manejarla. Por ello, la seguridad social tendría que pasar a manos privadas; pero no a empresas comerciales, sino a grupos mutualistas; individuos que están interesados en ellos mismos, en cuidar su salud, y no en ganar dinero. Tal actitud involucraría a pequeños grupos, que contratarían un seguro que cubre servicios médicos. Así, entre todos, pagan lo que unos cuantos miembros de ese grupo requieren. Ninguno de ellos individualmente tendría recursos para hacerlo; pero en conjunto, pueden.

### *Retos de la agenda para la salud*

Como señalamos en la introducción, los *retos* de la política de salud se establecen interpretando el *perfil* de daños (Leal y Martínez, 1996), con el propósito de mejorar los niveles de salud de la población y consolidar esa mejoría (Brundtland, 1998 y 1998a).

La experiencia internacional reciente revela que los determinantes de costo-beneficio/costo-efectividad, sin la adecuada integración

clínica, corren el serio riesgo de propender a desprenderse de la base a la que deben su sentido (MHWSN, 1997; NHS, 1998; NHS 1998a).<sup>21</sup>

La misión del Sistema Nacional de Salud comprende tanto las intervenciones dirigidas al *fomento de la salud* como las que se requieren para la *atención a la enfermedad*. Sin embargo, los numerosos intereses que han entrado en juego parecen dificultar cada vez más el logro de un equilibrio adecuado entre estas dos clases de intervención. De ahí que resulte conveniente hacer una clara distinción entre lo que cada una de ellas puede ofrecer.

La prevención es, evidentemente, una parte fundamental de la política pública de salud, pero es una tarea que rebasa los límites del quehacer de los ministerios de salud e involucra a todos los niveles del gobierno, las organizaciones sociales y los ciudadanos (MHWSN, 1997a: 1; EU, 1998). Cada sector tiene su propia área de competencia, y los límites en los alcances logrados por cada uno de ellos no exime a ninguno de asumir su responsabilidad específica.<sup>22</sup> En lo que a la salud se refiere, hay que aceptar que ni las más radicales medidas preventivas podrían eliminar en forma absoluta la vulnerabilidad del organismo humano; de ser eficaces, podrán disminuirla, y pueden reducir también los riesgos del entorno en el que viven las personas. Pero difícilmente cabría imaginarse la desaparición de toda enfermedad en el transcurso de una vida humana. Y cuando una enfermedad aparece, la responsabilidad recae ineludiblemente sobre el ministerio de salud.

*La atención a la enfermedad* es el corazón del quehacer de un sistema de salud: es su tarea específica, no queda otra instancia a la cual delegarla. Sin embargo, los documentos nacionales y la literatura especializada en la materia muestran una débil presencia relativa de las

<sup>21</sup> Pese a ello, lo que se observa es una tendencia a centrarse en cuestiones meramente administrativas, sin ninguna precisión sobre las medidas necesarias para la mejora del desempeño en el espacio clínico. De ello hay un claro ejemplo, para el caso mexicano, en el *Cuarto Informe de Gobierno* al referirse al ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado). Se habla de una regionalización orgánica, administrativa y operativa que evite duplicidades, y de una desconcentración administrativa, mecanismos a través de los cuales se pretende elevar la calidad de los servicios médicos y las prestaciones económicas y sociales sin perder solvencia financiera (PEF, 1998: 136-137).

<sup>22</sup> Y al sector salud le corresponde diseñar propuestas para atender la problemática de salud, por más que ésta se encuentre agravada por otras cuestiones igualmente complejas, como podrían ser la ambiental, la educativa o la demográfica, cuyo manejo se encuentra bajo la responsabilidad de los sectores respectivos.

políticas orientadas al espacio clínico frente a las que se orientan hacia la salud pública, la biomedicina, la administración de los servicios de salud y, más recientemente, la economía de la salud (PEF, 1995, 1995a y 1996; SSA, 1997; Funsalud, 1997; Frenk *et al.*, 1999). En el concierto mundial de las acciones en salud –y tal vez salvo el extravagante caso de Estados Unidos–, este estado de cosas es anómalo. Pero las políticas mexicanas pueden, sin duda, corregirlo.<sup>23</sup>

#### *Políticas persuasivas para el espacio clínico*

En forma simultánea a la búsqueda de una fórmula que no dejara fuera de la atención médica moderna a los grupos de menores ingresos (que suelen ser, justamente, aquellos cuya salud se encuentra en mayor riesgo), sería oportuno considerar algunos cuerpos inherentes a cualquier política que se proponga aprovechar las posibilidades de una adecuada operación del espacio clínico para atender a toda persona que lo requiera:

a) *El paciente tiene derechos.* Ante las recientes reformas a los sistemas de salud, parece especialmente necesario subrayarlo, como lo ha venido haciendo –entre otros– la oficina europea de la Organización Mundial de la Salud:

Desarrollos en los sistemas de atención a la salud tales como su complejidad creciente, el hecho de que la práctica médica se ha vuelto más riesgosa y en muchos casos más impersonal e inhumana, frecuentemente inmersa en la burocracia, no menos que el progreso logrado en ciencia y tecnología médica y de la salud, todo ello ha puesto un nuevo énfasis en la importancia de reconocer el derecho de los individuos a la autodeterminación y, a menudo, en la necesidad de reformular las garantías de otros derechos de los pacientes (WHO, 1997: 50).<sup>24</sup>

b) *El paciente es una persona enferma.* Con el afán de ubicar a las personas que solicitan atención en posición de exigir la mayor calidad en el servicio por el cual están pagando, ha surgido una tendencia a concebirlas como “clientes”, al igual que si se tratara de cualquier otra

<sup>23</sup> A eso parecerían apuntar –o deberían hacerlo– indicadores como los que se mencionan en el *Cuarto Informe de Gobierno* (PEF, 1998: 120): “En el marco de su nuevo papel normativo, de asesoría, supervisión, evaluación y seguimiento en materia sanitaria, a partir de 1997 la Secretaría de Salud estableció el uso de Indicadores de Resultado de aplicación nacional y por entidad federativa para medir el impacto de las acciones de salud en el bienestar de la población”.

<sup>24</sup> Una primera versión de este documento apareció tres años antes (WHO, 1994).

rama de los servicios. Pero este singular “cliente” entra al mercado en desventaja: disminuido a causa de la enfermedad por la cual, precisamente, acude al servicio. La reforma de los sistemas de salud *puede y debe* darle el trato que una persona enferma requiere. Esto no conlleva, por cierto, una connotación de pasividad.<sup>25</sup> Como individuo y como miembro de una colectividad, posee derechos y responsabilidades. Su participación en el diagnóstico y tratamiento –con frecuencia deseable y a menudo indispensable– es, precisamente, uno de esos derechos y responsabilidades, tanto ante sí mismo como ante los prestadores del servicio y ante la colectividad de la que forma parte (WHO, 1994).

c) *Calidad es adecuada y oportuna intervención clínica, acorde con las necesidades del paciente.* Es indudable que el “control” del proceso de prestación del servicio está relacionado con la *efectividad* misma del tratamiento, y la *eficiencia* interviene en la medida en que la tecnología es empleada al límite de su capacidad de acuerdo con los criterios clínicos (MHWSN, 1997). Pero lo fundamental es la orientación completa del proceso hacia la atención del paciente y las necesidades clínicas derivadas de su padecimiento (NHS, 1998). Sobre esta base, los determinantes costo-beneficio/costo-efectividad, adecuadamente establecidos, *pueden* representar un recto complemento, pero no antes ni en sustitución de los criterios clínicos. Sin demeritar su importancia, las definiciones de calidad predominantemente administrativas no tienen por qué estar en el corazón de la atención médica, en la cual el riesgo involucrado puede ser de vida o muerte:<sup>26</sup>

[...] la calidad debe entenderse en su más amplio sentido: hacer las cosas correctas, en el momento correcto, para la gente correcta, y hacerlas bien desde la primera vez. Y debe consistir en la calidad de la experiencia del paciente, así como la calidad del resultado clínico, medidos en términos de acceso expedito, buena relación y administración eficiente (NHS, 1997).

d) *El paciente merece atención humana.* No puede hacerse abstracción de que el enfermo *sufre*, y en ocasiones, se encuentra en *riesgo de muerte*.

<sup>25</sup> Como lo subraya el ministro Kouchner (1999), el “paciente” es una persona enferma (y desde luego, no necesariamente una persona con “paciencia”, o “pasiva”).

<sup>26</sup> El papel al que se ha circunscrito la Conamed –a juzgar por la forma en que se reportan sus actividades: un recuento de asuntos atendidos y de usuarios que respondieron favorablemente a una encuesta de satisfacción con sus servicios (PEF, 1998: 129)– no se encuentra aún a la altura del reto que supone una definición de la calidad centrada en los resultados de la intervención clínica.

Esto abre la discusión hacia una noción de calidad de la atención que se define no sólo por su adecuada organización sistémica y sus altos patrones tecnológicos, sino que coloca en el centro a la relación *humana*, a lo que acontece en la interfase prestador-usuario (NHS, 1997).

e) *Las instituciones están para atender al paciente.* Como atinadamente reconoce la nueva reforma del sistema de salud británico (NHS, 1997), el Sistema Nacional de Salud debe estar ahí donde el paciente lo requiere. El interés no debe centrarse en el hospital mismo, ni en la forma en que está equipado, o los métodos de trabajo de los profesionales de la atención a la salud, sino en el paciente a su paso por el hospital. Las instituciones están para atender al paciente, no a la inversa. Y eso se refiere a todas las decisiones que haya que ir tomando sobre las alternativas de intervención: los recursos para el diagnóstico, las opciones de tratamiento disponibles (incluso los efectos del no tratamiento) y los previsible pronósticos (incluso el de un desenlace mortal). Los pacientes tienen derecho a una atención apropiada a su calidad como humanos en cada una de las etapas de sus enfermedades, incluida la etapa terminal, y a una muerte digna.

### ¿Cuál será la suerte de la reforma mexicana?

Nuestra lectura de la reforma de la salud y de la seguridad social desde la perspectiva de la política pública permite reconocer la honda huella que, sobre su primer tramo, nos legara la “emergencia económica” de fines de 1994. De ahí lo peculiar de la “solución mexicana” a la complicada ecuación planteada por el desfinanciamiento crónico del antiguo sistema de pensiones combinado con el incremento de la proporción de adultos mayores inherente al proceso de envejecimiento demográfico. De ahí también, al parecer, la desproporción entre la preocupación suscitada por el nuevo sistema de pensiones y la mucho menor atención que se ha dedicado a las no menos importantes dificultades que enfrenta la provisión de servicios médicos a una población cuya vida transcurre en escenarios altamente riesgosos, en los cuales se configuran perfiles de daños cada vez más complejos.<sup>27</sup>

<sup>27</sup> Complejidad que habría que analizar con mayor atención, en tanto que va más allá de las pretensiones explicativas de esa reciente reedición instrumental de la llamada *transición epidemiológica* (Frenk *et al.*, 1989; Frenk *et al.*, 1999), aquella antigua y, en su momento, sugerente propuesta interpretativa ampliamente difundida en la versión elaborada por Omran (1971).



En lo que se refiere al primer tramo de la reforma, aun si las costosas medidas por las que se optó no alcanzaran a resolver el problema para el total de los adultos mayores, lo mejor que podría augurarse al nuevo sistema de pensiones es que –hasta donde dan sus impactos visibles– logre preservar el *saldo oficial* que ya se difunde y, de ser posible, que lo expanda en el mediano y largo plazos.

Pero en lo que toca a la salud, *muchas más* voces incluyentes deben todavía hacerse escuchar.<sup>28</sup> El segundo tramo de la reforma cuenta aún con la oportunidad de alcanzar mejores y más adecuados equilibrios entre prevención y cura, y de desarrollar e integrar propuestas *viabiles* para aproximar los beneficios de la atención médica, en el actual nivel de avance del conocimiento y del desarrollo tecnológico, no sólo a quienes tienen capacidad de pago. De ello dependerá el impacto que pueda lograrse sobre el perfil de daños a la salud, con toda la gama de padecimientos que lo integran. A través de ellos habrá que ir evaluando su eficacia.

#### CUADRO 5

##### **Aportaciones al seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y pensiones en curso de pago. Distribución porcentual por tipo de aportante, 1998 (millones de pesos)**

<i>Concepto</i>	<i>1998<sup>c</sup></i>	<i>Participación porcentual</i>
Retiro, cesantía y vejez		
Patrón <sup>a</sup>	17 314.1	79.5
Trabajador	3 711.4	17.1
Gobierno federal	742.1	3.4
Suma	21 767.6	100.0
Pensiones en curso de pago <sup>b</sup>		
Gobierno federal	19 519.9	100.0
Cuota social		
Gobierno federal	5 611.8	100.0
Costo total	46 895.3	

<sup>a</sup> Incluye aportación para retiro (2%) y por cesantía en edad avanzada y vejez (5.95%).

<sup>b</sup> Incluye pensiones de trabajadores ajenos al Instituto así como la aportación que corresponde pagar al gobierno federal al Régimen de Pensiones y Jubilaciones de los empleados del IMSS.

<sup>c</sup> Cifras estimadas.

Fuente: Tomado de PEF (1998: 132 -133), en donde se consigna como fuente el IMSS.

<sup>28</sup> Entre ellas, las de los diseñadores y operadores de la reforma en curso.

CUADRO 6

## Trabajadores registrados y con aportación a las Afores

Afore	Total de trabajadores registrados		Trabajadores registrados con aportación <sup>a</sup>	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Atlántico-Promex	187 977	1.4	154 420	82.1
Banamex	1 486 344	11.4	1 401 580	94.3
Bancomer	2 115 292	16.2	1 846 485	87.3
Bancrecer	590 951	4.5	447 909	75.8
Bitel	1 208 543	9.2	991 342	82.0
Capitaliza	52 399	0.4	29 415	56.1
Confía	95 146	0.7	74 722	78.5
Garante	1 470 228	11.2	1 223 354	83.2
Génesis	140 868	1.1	98 635	70.0
Inbursa	310 490	2.4	301 687	97.2
Previnter <sup>b</sup>	305 544	2.3	304 732	99.7
Profuturo	1 564 968	12.0	1 007 890	64.4
Santander Mexicano	1 894 201	14.5	1 321 060	69.7
Sólida Banorte	1 109 675	8.5	822 356	74.1
Tepeyac	108 939	0.8	75 485	69.3
XXI	388 681	3.0	310 776	80.0
Zurich	43 674	0.3	22 770	52.1
Total	13 073 950	100.0	10 434 618	79.8

<sup>a</sup> Trabajadores registrados con al menos una aportación.

<sup>b</sup> Fusionada con Profuturo.

Fuente: *Reforma*, 7 de octubre, 1998 (en donde se consigna como fuente la Consar).

## CUADRO 7

**Rentabilidad de las Siefores del 31 de agosto de 1997 al 31 de agosto de 1998 (porcentajes)**

<i>Afore</i>	<i>Siefore</i>	<i>Rendimiento de la Siefore<sup>a</sup></i>		<i>Rendimiento de gestión<sup>b</sup></i>	
		<i>Nominal</i>	<i>Real<sup>c</sup></i>	<i>Nominal</i>	<i>Real<sup>c</sup></i>
Atlántico Promex	AP Index	19.68	2.98	21.01	4.12
Banamex	Banamex núm. 1	18.70	2.14	18.70	2.14
Bancomer	Bancomer Real	20.35	3.66	20.35	3.56
Bancrecer Dresdner	Bancrecer Dresdner 1-1	14.89	-1.13	16.12	1.64
Sólida Banorte					
General	Fondo Sólida Banorte	19.71	3.01	21.35	4.41
Bital	Bital S 1 de Renta Real	18.69	2.13	18.69	2.13
Capitaliza	Capitaliza	19.38	2.72	19.38	2.72
Confía Principal	Confía Principal	18.82	2.25	20.00	3.26
Garante	Garante I	18.43	1.91	16.43	1.91
Génesis	Génesis Metropolitan	19.32	2.67	19.32	2.67
Inbursa	Inbursa	18.86	2.28	20.70	3.86
Previnter	Previnter	18.33	1.82	18.33	1.82
Profuturo GNP	Fondo Profuturo	18.79	2.22	19.37	2.71
Santander Mexicano	Ahorro Santander				
	Mexicano	17.81	1.37	18.90	2.31
Tepeyac	Tepeyac	18.95	2.35	20.01	3.26
XXI	XXI	17.20	0.85	18.18	1.67
Zurich	Zurich	17.83	1.39	19.34	2.77
<b>Promedio<sup>d</sup></b>		<b>18.22</b>	<b>2.33</b>	<b>19.44</b>	<b>2.77</b>

<sup>a</sup> Rendimiento calculado con base en el incremento del precio de la Siefore.

<sup>b</sup> Rendimiento que obtuvieron los activos de las Siefores antes del cobro de comisiones sobre saldo.

<sup>c</sup> Para el cálculo del rendimiento real se utilizó la variación del INPC.

<sup>d</sup> Promedio ponderado por el valor de las carteras.

Fuente: *El Financiero*, 17 de septiembre, 1998 (en donde se consigna que fue elaborado con datos de la Consar).

CUADRO 8  
Indicador de rendimiento neto real<sup>a</sup> (porcentaje)

Afore	Para el lapso 2/jul/97 a 2/abr/98 a 24 años	Para el lapso 2/jul/97 a 30/jun/98 a 24 años	Para el lapso 31/ago/97 a 31/ago/98 a 24 años	
			Cálculo publicado el 23/sept/98	Ajuste publicado el 30/sept/98
Afore XXI	4.27	3.19	0.25	1.18
Atlántico	4.43	3.21	2.15	2.90
Bital	6.57	4.72	0.74	1.67
Bancomer	5.83	4.21	2.20	3.15
Banamex	4.79	3.25	0.81	1.73
Bancrecer Dresdner	3.29	2.23	0.37	1.29
Confía	3.75	3.68	2.29	3.20
Capitaliza	4.47	2.93	1.36	2.30
Garante	4.57	3.11	0.43	1.37
Génesis	4.75	3.08	1.26	2.20
Inbursa	5.17	3.87	2.58	3.19
Previnter	4.68	3.20	0.46	1.39
Profuturo-GNP	6.34	4.49	0.98	1.93
Santander	4.02	2.03	0.30	1.23
Sólida Banorte	5.98	5.44	3.21	4.13
Tepeyac	4.19	3.41	1.78	2.71
Zurich	4.08	3.50	1.73	2.65
Promedio <sup>b</sup>	4.78	3.72	1.36	2.26

<sup>a</sup> Es el rendimiento real acumulado que podrá ganar un trabajador si los rendimientos obtenidos por cada Siefore y las comisiones autorizadas se mantienen constantes durante los 24 años, por lo que únicamente expresa el resultado actual proyectado en el tiempo. Este indicador variará dependiendo de los resultados acumulados de las Siefores o ante una modificación de las comisiones de las Afores. Los rendimientos están sujetos a cambios diarios dependiendo de la estructura de la cartera de valores de las Siefores, lo cual se reflejará en el indicador en el momento de su publicación.

<sup>b</sup> Promedio ponderado por el valor de las carteras.

Fuente: *El Financiero*, 23 de septiembre, 1998 (3 primeras columnas) y 30 de septiembre, 1998 (última columna). Datos de la Consar.

**CUADRO 9**  
**Rentabilidad real de las Siefores (porcentaje)**

<i>Afore</i>	<i>Para el lapso 2/jul/97 a 30/jun/98</i>		<i>Para el lapso 31/ago/97 a 31/ago/98</i>	
	<i>Rendimiento<sup>a</sup> de la Siefore<sup>b</sup></i>	<i>Rendimiento<sup>a</sup> de gestión<sup>c</sup></i>	<i>Rendimiento<sup>a</sup> de la Siefore<sup>b</sup></i>	<i>Rendimiento<sup>a</sup> de gestión<sup>c</sup></i>
Afore XXI	3.74	4.49	1.73	2.56
Atlántico	4.38	5.39	3.88	5.03
Bital	5.94	5.94	3.02	3.02
Bancomer	5.49	5.49	4.46	4.46
Banamex	4.46	4.46	3.03	3.03
Bancrecer Dresdner	-0.17	3.37	-0.27	2.53
Confía	3.60	4.64	3.14	4.16
Capitaliza	4.22	4.22	3.62	3.62
Garante	4.46	4.46	2.80	2.80
Inbursa	4.44	5.78	3.17	4.76
Previnter	4.44	4.44	2.71	2.71
Profuturo-GNP	5.64	6.07	3.11	3.61
Santander	3.17	3.97	2.26	3.21
Sólida Banorte	5.42	6.61	3.90	5.33
Tepeyac	4.08	4.84	3.25	4.16
Zurich	3.45	4.42	2.28	3.58
Promedio <sup>d</sup>	4.71	5.10	3.22	3.67

<sup>a</sup> Rendimiento acumulado anualizado.

<sup>b</sup> Es la rentabilidad obtenida vía Bolsa.

<sup>c</sup> Es la rentabilidad obtenida antes del cobro de comisiones.

<sup>d</sup> Es el promedio ponderado por el peso de las Siefores en el total de recursos de todas las administradoras.

Fuente: *El Financiero*, 30 de septiembre, 1998 (en donde se consigna que fue elaborado con datos de la Consar).

### Bibliografía

- Aguilar Camín, H. (1989), *Después del milagro*, México, Cal y Arena.
- Aguilar Villanueva, L. (1996), "La administración pública y el público ciudadano", trabajo presentado en el coloquio Las Nuevas Direcciones de la Administración y Políticas Públicas, México, CIDE, junio (mimeo.).
- Arce Cano, G. (1944), *Los seguros sociales en México*, México, Ediciones Botas.
- Bardach, E. (1998), *Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas. Un manual para la práctica*, México, CIDE/Miguel Ángel Porrúa.
- Borrego, G. (1998), Conferencia impartida en el Seminario de Actualización PAEP, INAP, México, 1 de octubre (mimeo.).
- Brundtland, G. H. (1998), *Discurso pronunciado en la 51ª Asamblea Mundial de la Salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 13 de mayo. Disponible en: URL: <http://www.who.int/wha-1998/eadiv6.pdf>.
- (1998a), *Address to WHO Staff*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 21 de julio. Disponible en: URL: [http://www.who.int/inf-dg/speeches/english/hq\\_staff\\_210798.html](http://www.who.int/inf-dg/speeches/english/hq_staff_210798.html).
- Bundesministerium für Gesundheit (1998), *Argumentationspapier zum Gesetz der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz - GKV-SolG*. Bonn, 8 de diciembre. Disponible en: URL: <http://www.bmggesund-heit.de/gkv/diskus/ubersi2.htm>.
- Cabrero, M. E. (1996), "Usos y costumbres en la hechura de las políticas públicas en México. Límites de las *Policy Sciences*, en contextos culturales y políticamente diferentes", trabajo presentado en el coloquio Las Nuevas Direcciones de la Administración y Políticas Públicas, México, CIDE (mimeo.).
- Córdova, A., G. Leal y C. Martínez (1989), *El ingreso y el daño. Políticas de salud en los ochenta*, México, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.
- Cosío Villegas, D. (1988), *Historia moderna de México. La república restaurada. La vida política. Llamada general*, México-Buenos Aires, Hermes.
- Creese, A. (1992), "Public and Private Mix and Competence in Health Care Systems", Ginebra, Organización Mundial de la Salud (mimeo.).
- (1993), *Public and Private Mix and Competence in Health Care Systems*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (mimeo.).
- Dahrendorf, R. (1990), *El conflicto social moderno. Ensayo sobre la política de la libertad*, Madrid, Biblioteca Mondadori.
- (1999), "La tercera vía", *El País*, 11 de julio.
- Escalante, G. (1995), *Ciudadanos imaginarios*, México, El Colegio de México.
- EU (1998), *Communication on the Development of Public Health Policy*, Bruselas, European Union (COM 98, 230).
- Frenk, J., J. Bobadilla, J. Sepúlveda y M. López (1989), "Health Transition in Middle-income Countries: New Challenges for Health Care", *Health Policy and Planning*, vol. 4, núm. 1, pp. 29-39.

- , M. González, F. Knaul y R. Lozano (1999), “La seguridad social en salud: perspectivas para la reforma”, en F. Solís Soberón y A. Villagómez. (comps.), *La seguridad social en México*, México, Fondo de Cultura Económica, pp. 35-102.
- Friedman, M. (1999), “No hay una ‘tercera vía’ al mercado”, *El País*, 10 de julio.
- Funsalud (1995), *Economía y salud. Propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final*, México, Fundación Mexicana para la Salud.
- (1997), *Observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas*, México, Fundación Mexicana para la Salud.
- Grupo Interinstitucional de Información en Salud (1985), *Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios*, México, GHS.
- Hirschman, A. (1977), *Salida, voz y lealtad*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Hood, Ch. (1986), *Administrative Analysis. An Introduction to Rules. Enforcement and Organization*, Nueva York, Wheatsheaf Books-Sussex/St. Martin’s Press.
- Icaza, V. de (1998). “La subrogación no será negocio”, *Expansión*, 23 de septiembre, pp. 32-37.
- IMSS (1989), *Memoria estadística 1989*, México, Subdirección General de Finanzas, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- (1995), *Diagnóstico*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- (1998), *55 Años. El IMSS hacia el siglo XXI. Hechos y perspectivas*, México, Coordinación General de Comunicación Social, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- INEGI (1984), *X Censo general de población y vivienda, 1980*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- (1990), *Estadísticas históricas de México*. Tomo I, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- (1992), *XI Censo general de población y vivienda, 1990*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- (1993), *ENIGH-92. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- (1996), *ENIGH-94. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- (1996a), *Estados Unidos Mexicanos. Conteo de población y vivienda 1995. Resultados definitivos. Tabulados básicos*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- (1998), *ENIGH-96. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- ITAM (1997). “La reforma a la seguridad social en México”, *Gaceta de Economía*, vol. 2, núm. 4 (suplemento).
- Jospin, L. (1998), “Por una Francia republicana y solidaria” (discurso de toma de posesión), *Memoria*, núm. 104.

- Kouchner, B. (1999), *Discourse a l'ouverture de la journée nationale de synthese des Etats Generaux de la Santé*. Disponible en: URL: [http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33\\_990630.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_990630.htm).
- Leal F., G. (1997), "Agenda y diseño de la reforma mexicana de la salud y la seguridad social", México (inédito).
- (1998), "Voces, salidas, lealtades, oportunidades, 'denominación de origen', interés y tempo de una política pública: la reforma mexicana de la salud y la seguridad social", *Gestión y Política Pública*, vol. 7, núm. 1.
- (1998a), "La reforma mexicana de la salud y de la seguridad social", conferencia impartida en el Seminario de Actualización PAEP, INAP, México, 1 de octubre (mimeo.).
- (1998b), "Los pacientes hamburguesa. El sistema de salud en Estados Unidos", *Masiosare*, suplemento dominical de *La Jornada*, 15 de marzo, pp. 10-11.
- y C. Martínez S. (1996), "Avisa: ¿midiendo o conjeturando?", *Reporte de Investigación 72*, México, Departamento de Atención a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-X.
- León, P. de (1996), "The Policy Process Revisited: From Lasswell to Sabatier", trabajo presentado en el coloquio Las Nuevas Direcciones de la Administración y Políticas Públicas, México, CIDE, junio (mimeo.).
- Lindblom, Ch. (1996), "Fitting Politics into Policy Analysis", trabajo presentado en el coloquio Las Nuevas Direcciones de la Administración y Políticas Públicas, México, CIDE, junio (mimeo.).
- López Cárdenas, P. (1996), "Capítulo primero. Antecedentes históricos", en *El régimen de seguridad social de los empleados públicos en México*, México, UAM-Azcapotzalco, pp. 13-31 (Biblioteca de Ciencias Sociales y Humanidades, serie Derecho).
- Lustig, N. (1998), "Las cifras de la pobreza", *Nexos*, núm. 249, pp. 15-17.
- Lynn, L. E. Jr. (1996), "Administrative Reform in International Perspective: Public Law and the Public Management", trabajo presentado en el coloquio Las Nuevas Direcciones de la Administración y Políticas Públicas, México, CIDE, junio (mimeo.).
- Maddison, A. (1986), *Las fases del desarrollo capitalista*, México, El Colegio de México/Fondo de Cultura Económica.
- Madrid, Miguel de la (1995). "La reforma del Estado en México. Una perspectiva histórica", en *Gestión y Política Pública*, vol. 4, núm. 2, México, CIDE, pp. 329-346.
- Manjone, G. D. (1989), *Evidence, Argument and Persuasion in the Policy Process*. New Haven, Conn., Yale University Press.
- (1999), "Confianza mutua, compromisos creíbles y la evolución de las reglas hacia un mercado único europeo", *Gestión y Política Pública*, vol. 8, núm. 1, pp. 21-47.
- Martínez S., C. (1993), *Sobrevivir en Malinalco. La salud al margen de la medicina*, México, UAM-X/El Colegio de México.



- (1998), “Salud y medio ambiente. La perspectiva local”, *Reporte de investigación 80*, México, Departamento de Atención a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-X.
- y G. Leal F. (1995), “Panorama de la política de salud y seguridad social en México y su relación con el perfil de daños a la salud : primer cuatrimestre de 1995”, *Reporte de investigación 70*, México, Departamento de Atención a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-X.
- MHWSN (1997), *Quality of Care*, Holanda, Ministry of Health, Welfare and Sport for The Netherlands. Disponible en: URL: [http://www.minvws.nl/internationaal/inter\\_index.htm](http://www.minvws.nl/internationaal/inter_index.htm).
- (1997a), *Preventive Health Policy in The Netherlands. Documentation 6*, Holanda, Ministry of Health, Welfare and Sport for The Netherlands. Disponible en: URL: [http://www.minvws.nl/internationaal/inter\\_index.htm](http://www.minvws.nl/internationaal/inter_index.htm).
- NHS (1997), *The New NHS. Modern. Dependable (White Paper)*, Reino Unido, Department of Health, National Health Service, 8 de diciembre de 1997. Disponible en: URL: [http://www.official\\_documents.co.uk/document/doh/newnhs/forward.htm](http://www.official_documents.co.uk/document/doh/newnhs/forward.htm).
- (1998), *A First Class Service. Quality in the New NHS*, Reino Unido, Department of Health, National Health Service. Disponible en: URL: <http://www.doh.gov.uk/newnhs/quality.htm>.
- (1998a), *Clinical Governance in North Thames. A Paper for Discussion and Consultation*, Revision 6, Londres, The Department of Public Health, National Health Service, North Thames Region Office, junio. Disponible en: URL: <http://www.doh.gov.uk/ntro/cgov.htm>.
- Nussbaum, M. C. y A. Sen (comps.) (1996), *La calidad de vida*, México, Fondo de Cultura Económica.
- OECD (1992), *U.S. Health Care at the Cross-Roads*, Paris, Organization for Economic Co-operation and Development.
- (1992a), *The Reform of Health Care. A comparative of Seven OECD Countries*, Paris, Organization for Economic Co-operation and Development.
- (1993), *OECD Health Systems. Facts and Trends. The Socio Economic Environment*, Paris, Organization for Economic Co-operation and Development.
- (1994), *Health, Quality and Choice*, Paris, Organization for Economic Co-operation and Development.
- (1994a), *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*, Paris, Organization for Economic Co-operation and Development.
- (1995), *Internal Markets in the Making: Health Systems in Canada, Iceland, and the United Kingdom*, Paris, Organization for Economic Co-operation and Development.
- (1995a), *New Directions in Health Care Policy*, Paris, Organization for Economic Co-operation and Development.

- (1996), *Health Care Reform. The Will to Change*, Paris, Organization for Economic Co-operation and Development.
- Olson Jr., Mancur (1971), *The Logic of Collective Action. Public Goods and the Theory of Groups*, Nueva York, Schocken Books.
- Omran, A. (1971), "The Epidemiologic Transition. A Theory of the Epidemiology of Populatin Change", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, núm. 4, pp. 509-538.
- Pacheco, E. (1997), "Cambios en la población económicamente activa: 1900-1995", *Demos. Carta demográfica sobre México*, núm. 10, pp. 30-31.
- Peters, G. (1995), "Modelos alternativos del proceso de la política pública: de abajo hacia arriba o de arriba hacia abajo", *Gestión y Política Pública*, vol. 4, núm. 2, pp. 257-276.
- PEF (1995), *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, mayo de 1995, México, Poder Ejecutivo Federal.
- (1995a), *Programa de Reforma del Sector Salud. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000*, México, Poder Ejecutivo Federal.
- (1996), *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*, México, Poder Ejecutivo Federal.
- (1998), *Cuarto Informe de Gobierno*, México, Poder Ejecutivo Federal.
- Pérez Tamayo, R. (1999), "El arte médico y la *Lex Artis*", *Revista Conamed*, vol. 3, núm. 10, pp. 7-15.
- Poitra G. E. (1973), "Welfare Bureaucracy and Clientele Politics in Mexico", *Administrative Science Quarterly*, vol. 18, pp. 18-27.
- Samuelson P. y Nordhaus, W. (1989), *Economics*, 13ª ed., Nueva York, McGraw Hill.
- Sánchez Bayle, M. (1999), "Los aspectos colaterales", *El País*, 1 de julio, p. 32.
- Slaughter, A. M. (1997), "The Real New Order", *Foreign Affairs*, vol. 76, núm. 5, pp. 183-197.
- Spalding, R. J. (1978), "Social Security Policy Making: The Formation and Evolution of the Mexican Social Security Institute", tesis de doctorado, The University of North Carolina at Chapel Hill.
- SNS (Sistema Nacional de Salud) (1990), *Recursos y servicios. Boletín de Información Estadística*, núm. 10.
- (1995), *Recursos y servicios. Boletín de Información Estadística*, vol. 1, núm. 15.
- SSA (1997), *Prioridades en prevención y control de enfermedades*, México, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Secretaría de Salud.
- (1998), *Mortalidad 1997*, México, Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud.
- Soberón, G. (1999), "Saber para el desarrollo en la era de la revolución tecnológica: el caso de la salud", *Este País*, núm. 100, pp.58-64.
- Solís S., F. y A. Villagómez (1999), "Las pensiones", en S. F. Solís y A. Villagómez (comps.), *La seguridad social en México*, México, Fondo de Cultura Económica, pp. 103-159.

- The Economist* (1996), "Learning to Cope", 6 de abril, pp. 13-14.
- (1998), "A Survey of Social Insurance", 24 de octubre, pp. 1-20.
- (1999), "Latin lessons on pensions", 12 de junio, p. 71.
- (1999a), "United States. Dividing the spoils", 3 de julio, pp. 23-24.
- (1999b), "Quality of mercy", 17 de julio, p. 58.
- Villagómez, A. y F. Solís (1999), "Ahorro y pensiones en México: un estudio al nivel de las familias", documento de trabajo núm. 141, México, División de Economía, CIDE.
- Witker, I. (1998), "Un paciente en problemas", *Expansión*, 7 de octubre, pp. 131-135.
- World Health Organization-Regional Office for Europe (1994), *European Consultation on the Rights of Patients. A Declaration on the Promotion of Patient's Rights in Europe*, Copenhagen, WHO.
- (1997), *European Health Care Reforms. Citizen's Choice and Patient's Right*, Copenhagen, WHO.