

La reforma de los servicios de salud en México y la dinamización y politización de los intereses: una aproximación

Health care reform in Mexico and the dynamics and politicization of interests: an approach

Trabajo presentado en el XX Congreso de la Latin American Studies Association (LASA) en Guadalajara, en abril de 1997.

Raquel Abrantes Pêgo

Alumna del doctorado en ciencias sociales de El Colegio de Michoacán; profesora asociada del Instituto de Investigaciones Sociales
Dr. José María Luis Mora; e investigadora visitante de El Colegio de México. Agradezco los comentarios y observaciones de la dra. Viviane Brachet-Márquez.
Vila Olímpica Ed. 24^a Dept. 401
14020 Itaplan — México

Revisão: Lucía d'Albuquerque

ABRANTES, PÊGO, R.: 'La reforma de los servicios de salud en México y la dinamización y politización de los intereses: una aproximación'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, IV (2): 245-263 jul.-out. 1997.

La propuesta de este artículo es discutir el proceso de reforma en los servicios de salud puesta en práctica en México a partir de 1982 y que todavía está en curso. Ese proceso de reforma será estudiado como un fenómeno socio-político cuya dinámica y naturaleza son resultados de conflictos pasados y presentes que se articulan alrededor de proyectos técnico-asistenciales, expresión de determinadas visiones del futuro. El trabajo empezó por considerar la propia estructura de poder históricamente constituida a través de la acción del Estado en el sector salud la cual promovió a determinados grupos sociales, estimuló su desarrollo y los incorporó en sus estructuras de poder, al mismo tiempo que marginó y reprimió a otros. En un segundo momento, el trabajo reconstituyó empíricamente la 'historia social' de la reforma, esto es, la dinamización de los intereses y de los conflictos en torno de la mejor configuración del sector salud.

PALABRAS CLAVES: servicios de salud, reformas estructurales, salud en México, acciones del Estado.

ABRANTES, PÊGO, R.: 'Health care reform in Mexico and the dynamics and politicization of interests: an approach'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, IV (2): 245-263 Jul.-Oct. 1997.

The article discusses the health care reforms that have been underway in Mexico since 1982. The process is examined as a socio-political phenomenon whose dynamics and nature are the products of past and present conflicts regarding technical and social-work projects, which constitute reflections of certain views of the future. The text first looks at the government-engendered power structure that has dominated the health care sector and that has benefited certain social groups, encouraged their development, and incorporated them into its power structures while simultaneously marginalizing or repressing others. The article next offers an empirical reconstruction of the "social history" of this reform, that is, of the dynamics of interests and conflicts surrounding the question of how the health care sector might best be shaped.

KEYWORDS: health care services, structural reform, health care in Mexico, government action

Introducción

Este trabajo forma parte de una investigación destinada, entre otros objetivos, a analizar el proceso de reforma en el sector salud, a partir de los cambios en el acceso a los servicios de salud, durante el mandato del actual presidente, Ernesto Zedillo (1994-2000). En el trabajo se pretende dejar claro cuales deben ser las propuestas, sus denominadores comunes y las transacciones que los distintos actores tendrán que hacer para llegar a proposiciones que sean aceptables para un mayor número de ciudadanos.¹

¹ La investigación en cuestión, 'Comparative analysis of social security reform experiences in Mexico and Latin America', está siendo realizada en El Colegio de México, bajo la coordinación de la dra. Viviane Brachet-Márquez y cuenta con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud.

Entendemos que la propuesta de reforma en las instituciones que conforman el sector público de salud en México se inició de forma manifiesta en la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) durante el mandato del presidente Miguel de la Madrid (1982-88), se extendió posteriormente a las instituciones de seguridad social y todavía está en curso. Este proceso se caracteriza por una serie de eventos encadenados, mas no secuenciales ni unidireccionales (lo que no impide la existencia de continuidad entre ellos), que van definiendo el contenido y las consecuencias de la reforma (Oszlak, 1980, p. 14).

La reforma en proceso pretende redefinir, entre otras cosas, las condiciones de acceso de la población a los servicios de salud, acoplada a una orientación de educación para la salud y por consiguiente establecer las reglas de inclusión y exclusión de la clientela a ser asistida en los servicios médicos del Estado. Así, estamos hablando de una suerte de revisión de derechos de la ciudadanía² que afecta de forma diferenciada no sólo a los 'derechohabientes' y a la población abierta, sino también a otros agentes involucrados, como la propia burocracia o los productores de insumos y servicios públicos y privados. En consecuencia, están en juego intereses de diferente naturaleza (económicos, sociales, políticos y culturales), de tal manera que los conflictos existentes no se reducen a una simple reproducción de viejas luchas por el poder.

² Véase en Smith y Duran (1995, p. 310). Estos autores, apoyándose en investigaciones realizadas por Hirschman y Jelin y en la propia experiencia reciente de América Latina, observan que "no se conquistan derechos de una vez y para siempre, sino que tienden a deteriorarse o incluso a perderse".

El propósito de este artículo es identificar, a partir de los grupos de interés presentes en el sector salud, algunos procesos sociales y políticos en curso que interfieren en el proceso de reforma del gobierno Zedillo como un fenómeno que se articula a la propia estructura de poder históricamente constituida que, a su vez, determina la capacidad de percepción y acción del Estado frente a los problemas sociales. Esto es, su dinámica y naturaleza son resultados de conflictos pasados y presentes que se articulan alrededor de proyectos técnico-asistenciales que son expresión de determinadas visiones del futuro. Para proyectar la naturaleza y la dimensión de los cambios debemos, por medio de la

investigación empírica, situar a los actores sociales, nuevos y viejos, y a los grupos de presión. Debemos también preguntarnos por las alianzas, coaliciones y transacciones que se realizan entre sí, en función de sus proyectos de organización social, sea para oponerse a los cambios, reclamar ventajas o evitar u obstruir regulaciones desventajosas para ellos, sea para crear una base de sustentación capaz de legitimar el modelo técnico-asistencial en debate.

Reconstituir empíricamente la 'historia social' de la reforma debe permitir evidenciar las cuestiones estructurales que dificultan el cambio, explicar por qué algunos de estos proyectos se concretan en políticas del Estado mientras que otros son desechados. También debe ayudarnos a entender las dificultades de la instrumentación de estas medidas.

Por consiguiente, un primer paso es reconstruir, a partir de la política de salud, la forma como el Estado promovió a determinados grupos sociales, estimuló su desarrollo y los incorporó en sus estructuras de poder, al tiempo que marginó o reprimió a otros. Un segundo paso es demostrar que las decisiones del Estado mexicano en relación a una posible reforma en el sector salud no son neutrales, ni independientes, ni autónomas de las relaciones de poder existentes en la sociedad. Son expresiones de demandas, conflictos y presiones, muchas veces contradictorias y constantemente reconstruidas, que guardan diferentes significados y sentidos para los diversos sujetos sociales involucrados.

Antecedentes de la reforma: la expansión conservadora (1960-80)

En México, como es sabido, la década siguiente a la Revolución cubana se inicia con la violenta represión del movimiento ferrocarrilero disidente y con la huelga de los maestros. Como contrapartida a la represión se ofrece el anuncio de reformas sociales (Brachet-Márquez, 1996, p. 150) y con eso la relación entre los sindicatos corporativos y el sistema político se estrecha nuevamente. Así los sindicatos pueden recuperar la capacidad de representación y de movilización amenazada en la coyuntura 1958-59 con las huelgas conducidas por las agrupaciones independientes (Zapata, 1995, p. 44). Esa integración, base para hacer del puesto sindical una lucrativa carrera política en el Partido Revolucionario Institucional (PRI), llevará a los sindicatos oficiales a oponerse a las reivindicaciones de carácter político y a bloquear cualquier intento de organización independiente. Así, esos sindicatos no apoyaron las demandas de los médicos residentes en 1964 (Pozas-Horcasitas, 1993) y se mantuvieron al margen del conflicto estudiantil de 1968, así como de muchas protestas llevadas a cabo a partir de 1972 contra la inflación y la carestía.

El afianzamiento de esa relación, en una coyuntura que se caracteriza por la pérdida de importancia del sector campesino para la economía y su declive como fuerza política y social (Davis, 1990, p. 63), se expresó a través de la creciente expansión de la seguridad social y por medio del acomodo, en posición subalterna dentro de las prioridades del Estado, de la atención a la población abierta. La “masificación de privilegios” para determinados sectores sociales, como Mesa-Lago (1985) llama a ese fenómeno, es la expresión en el aparato institucional del Estado de la incorporación fragmentada de los intereses sociales y de la expansión desigual de los beneficios.³

³ Cuando se crea el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) en 1943, ya existían otros sistemas de seguridad social para grupos específicos de trabajadores: ejército, trabajadores de Pemex y pensiones para los trabajadores del Estado.

En este contexto se crea en 1960 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en sustitución a la Ley de Pensiones Civiles de Retiro de 1925 para, entre otros propósitos, dar atención médica a los empleados públicos y al personal académico y administrativo de las instituciones de educación. Estos trabajadores, organizados desde 1938 en la Federación de los Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE), se constituyen a través de la Confederación Nacional de Organizaciones Populares (CNOP) en uno de los tres pilares del partido del gobierno.

Gracias a la liquidez proporcionada por el *boom* petrolero, el ISSSTE y el IMSS se beneficiaron de todos los medios para su rápido crecimiento. Se construyeron enormes centros hospitalarios, como el Centro Médico y el Hospital La Raza en la ciudad de México, y se ampliaron los servicios para sus afiliados, abarcando los ámbitos cultural, recreativo y deportivo. Para eso se construyó una amplia red de teatros y cines, instalaciones deportivas y centros vacacionales (Gallaga García, 1992, pp.78-9). Se incorporaron también algunos segmentos de las bases campesinas movilizadas por la Confederación Nacional Campesina (CNC), particularmente aquellos con capacidad de pago: esto es, los asalariados y jornaleros agrícolas, los integrantes de ejidos colectivos y asociaciones de crédito, los ejidatarios individuales y los pequeños agricultores.

El resultado se pudo constatar rápidamente: en 1976 la seguridad social recibía el 79.94 por ciento del total de los recursos del Estado para la salud, y la población atendida había pasado de 25 por ciento en 1970 para 46.1 por ciento en 1980 (Cabrera y Hazas, 1992, p. 144). Este crecimiento representó un importante mercado de trabajo para las clases medias urbanas, particularmente para los médicos que representaban una proporción importante de los empleados de dicha institución. Sin embargo, ellos no lograron controlar la dirección de la institución que en general, al contrario de la SSA, permaneció (y sigue) en manos de políticos articulados con la política laboral-sindical del partido oficial. No obstante, los médicos desempeñaron un rol importante como

intérpretes y asesores de la administración pública en los problemas de salud (Córdova *et alii*, 1990, p. 31).

Las instituciones de seguridad social y los hospitales de la SSA se convirtieron en un mercado cautivo para las industrias productoras de medicamentos y de equipos médico-hospitalarios nacionales y, principalmente, extranjeros.⁴ Al respaldar la atención curativa basada en la sintomatización, base de la medicina privada, se hizo posible también, paradójicamente, inducir un perfil de demanda que tendía a favorecer la expansión de un sector privado y a aumentar los gastos sociales del Estado.

Durante ese mismo período, los programas desarrollados por la SSA para la población abierta conservaron una visión sanitarista que, sin embargo, no logró romper con el patrón claramente parcial presente en la estructura social. La inversión del Estado en la SSA siempre fue baja, aun cuando se formularon, al lado de sus acciones tradicionales inmunizadoras y de las campañas, los programas para enfrentar la agudización de la problemática de salud en algunas regiones o para el conjunto de la población rural mexicana (Menéndez, 1992, p. 185). Se trata de programas impulsados, particularmente en los servicios médicos rurales cooperativos, a través de acciones comunitarias combinadas con la utilización de los recursos tradicionales médicos y sociales (plantas medicinales, parteras, y otras). En la década de 1960, la SSA llevó a cabo los siguientes programas: el Programa del Distrito Integral de Salud Pública, el Programa de Obras Rurales por Cooperación y el Programa de Bienestar Rural. Para estos programas, dirigidos a la población más pobre, la SSA contaba con sólo 20.05 por ciento de los recursos del presupuesto del Estado.

La población campesina, ante la falta de servicios médicos oficiales, continuó siendo asistida por las mujeres y hombres de sus propias comunidades “portadores de un saber terapéutico histórico a través del cual han sido capaces de conservar la salud de sus familias y comunidades” (Velázquez, 1992, p. 42). Tal saber siempre fue considerado por las autoridades sanitarias como una práctica mágico-religiosa que únicamente obstaculizaba la integración de la nación-estado. Una confirmación de la importancia de ese saber se obtiene a través del censo de la SSA, según el cual existen hoy en México 23,485 parteras empíricas, conocidas y registradas por la SSA.

En 1973 se incorpora al IMSS el concepto de “solidaridad social” para permitir la prestación de servicios médicos a la población marginal rural, urbana y suburbana no cotizante, tradicionalmente atendida por la SSA.⁵ La instrumentación del programa fue limitada, pero permitió al gobierno de Luis Echeverría (1970-76) dar una respuesta a los sectores populares descontentos con las políticas de crecimiento acelerado económico y urbano de Díaz Ordaz (1964-70)

⁴ De acuerdo con la investigación realizada por Hernández *et alii* (1993), 75 por ciento de los aparatos consignados en 1984 en el Cuadro Básico del Sector Salud en México, que constituye el inventario de equipos e insumos que norma los procesos de compra, provenía del extranjero.

⁵ La SSA no veía con buenos ojos la expansión de los servicios a la población abierta bajo la batuta de la seguridad social, lo que en cierta medida implicaba una inhibición indirecta de su acción. De acuerdo con el documento, ‘Comentarios al programa de Seguridad Social campesina sometidos a la consideración de la Secretaría de Salubridad y Asistencia’, firmado por el entonces secretario del ramo dr. Rafael Moreno Valle, en abril de 1967, el nuevo programa iba a “realizar una función exactamente igual a la que actualmente llevan a cabo los Servicios Médicos Rurales Cooperativos ... y los Centros de Bienestar Social Rural”.

(Davis, 1990, p. 67). La CTM, que veía sus privilegios amenazados, lo apoyó optando por la estabilidad del régimen, la paz social y la recuperación de su imagen e influencia que estaban desgastadas y amenazadas por la acción de la Confederación Nacional de las Organizaciones Populares (CNOP), una entidad del mismo PRI que había sabido acercarse a los habitantes más empobrecidos de la ciudad de México.

En 1979, en una coyuntura caracterizada por la adversidad económica, fue creado el Programa IMSS-Coplamar que duplicaba tanto instituciones como funciones.⁶ En un intento de respuesta tardía a la expansión del IMSS en dirección a la población abierta, la SSA inauguró el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), el Programa Comunitario Rural (PCR), que constituían un instrumento-madre, además del Programa de Salud Rural (PSR), orientado en la misma dirección que el IMSS-Coplamar: asegurar a la población marginada de las grandes ciudades y del campo el acceso a servicios “mínimos de salud”. En ambos programas se garantizaba la atención médica en el primer nivel y la población retribuía la atención recibida con su participación en acciones de salud comunitaria.

Ese período también fue marcado por el debate en torno de la meta política de “Salud para todos en el Año 2000”. Las recomendaciones de los organismos internacionales de conducción política del sector, particularmente la Organización Mundial de Salud (OMS), enfatizaban desde la década de 1960 la necesidad de reestructuración de los modelos de organización del sector salud, de base curativa y de baja relación costo-eficacia, y el fortalecimiento de los ministerios de salud con el claro propósito de crear un sistema de atención coordinado. El eje del nuevo sistema estaría en la atención primaria, en la participación social y en la descentralización (Veronelli, 1983, p. 203).

Con la crisis económica, que alcanzó su máxima expresión en 1974-75 en los países de capitalismo central, la crítica al modelo médico de base curativa e iatrogénico dejó de ser la cuestión central. La crisis, caracterizada por los liberales como producto de la acción del Estado, impuso gradualmente más restricciones al aumento sustantivo de los gastos públicos, particularmente en servicios de salud. El debate se redujo a discutir la necesidad de racionalizar los costos del sistema de servicios de salud, de reorganizar la demanda con poder de pago y canalizarla al sector privado para abatir costos y disminuir los aportes del Estado.

En este contexto fueron formulados, con significados bien definidos en relación a los diversos grupos sociales presentes en el sector, un conjunto particular de recursos y conocimientos técnicos. Vale citar, dentro del marco de la universalización, la coordinación planeada de los diversos sectores que respondían por la salud de la población. Con ese propósito, bajo el liderazgo

⁶ 1977 y 1978 son los años más dramáticos del descenso de los gastos públicos en salud en proporción al gasto público total, principalmente en relación a los servicios para la población no asegurada del país que comprendía el 64.4 por ciento de la población total en aquel entonces: “de un máximo muestral de 17.8 por ciento en 1972, la relación desciende hasta el mínimo de 11.6 por ciento en 1978” (Aspe y Beristáin, 1989, pp. 278-80). Diez años después, la inversión pública en el sector cayó a niveles aún más bajos.

de la SSA e influencia de la OMS, se formuló el primer Plan Nacional de Salud para el período de 1974 a 1976 y después para 1977 a 1983 (Ward, 1989, p. 195). El propósito era promover la coordinación de todos los recursos destinados a la atención de los problemas de salud, especialmente los hospitalarios, a fin de evitar la duplicidad de funciones y obtener un mayor rendimiento de los recursos humanos y materiales. Se buscó también racionalizar costos e integrar las políticas y programas del conjunto de las instituciones públicas de salud.

Después de estas y otras no citadas tentativas de coordinación en nombre de la universalización de la salud, el 24 de agosto de 1981, mediante acuerdo del presidente López Portillo (1976-1982), se creó la Coordinación de los Servicios de Salud bajo la dirección del doctor Guillermo Soberón Acevedo. Este organismo tenía el propósito claro de dar partida a la elaboración de la principal política para el sector en el sexenio que se iniciaba: la constitución de un Sistema Nacional de Salud (SNS) que debería facilitar el acceso universal a los servicios de salud. Para dar efectividad a ese propósito el SNS debería ser integrado, bajo la coordinación de la SSA, descentralizado y con participación comunitaria.⁷ La coordinación fungió también como un instrumento para el tránsito sexenal, lo cual permitió la incorporación temprana de algunos de sus miembros al equipo gobernante y permitió su conversión en un termómetro político de las dificultades futuras.

En ese contexto, Soberón entendía que ya era “tiempo de superar posiciones que consideran la seguridad social como patrimonio y privilegio de ciertos grupos específicos de la sociedad”. En vez de eso, decía, era preciso “diseñar fórmulas innovadoras para apoyar a grupos cada vez más amplios de la población. Mantener posturas excluyentes determinará que los no incluidos reclamen sus derechos. En ese momento, la integración ya no será un proceso planeado sino impuesto por la coyuntura” (Kumate y Soberón, 1989, p. 214). De esta manera, Soberón expresaba, en su discurso, el consenso existente en el sector.⁸ Un consenso que, sin embargo, se rompió cuando se pasó de las palabras a los hechos.

La propuesta de cambio estructural y sus efectos en la estructura de poder sectorial La primera tentativa de reforma

Como ya se dijo, los intentos de reforma empiezan en el mandato de Miguel de la Madrid y todavía están en curso. Cada nuevo paso en ese proceso, que coincide con los cambios de mandato presidencial, es acompañado de un diagnóstico, de foros de consulta popular y de un programa de gobierno sexenal. La propuesta de esta sección es recuperar la complejidad y variedad

⁷ Los resultados del trabajo de esa comisión fueron presentados en el libro *Hacia un sistema nacional de salud*, publicado en 1983 por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

⁸ De acuerdo con Almada (1992, p. 14) y Acuña (1980), desde la década de 1970, investigadores universitarios y autoridades sanitarias han venido mencionando con insistencia la necesidad y la conveniencia de un servicio o sistema nacional de salud para acabar con la situación caótica y dispendiosa del sector y para racionalizar las políticas del Estado.

de orientaciones e intereses existentes que con mayor probabilidad trascenderán y cobrarán fuerza en todo el proceso.

Durante el año de 1982 el panorama no era alentador, ni política ni económicamente, para la primera agenda reformista del doctor Soberón. Diversos sectores sociales demostraban su desconfianza hacia el Estado. La crisis económica había generado desempleo y afectado profundamente el poder adquisitivo del sector obrero y de la clase media. El movimiento obrero, poco habituado a pelear por reivindicaciones políticas, se vió obligado a moverse más allá de las reivindicaciones económicas.

La propuesta de “reforma estructural”, como decía el doctor Soberón, buscaba la conciliación en el corto plazo de las dos agendas en debate. Por un lado, pretendía poner fin al mosaico de instituciones de salud relativamente autónomas que duplicaban actividades por medio de un Sistema Nacional de Salud (SNS) articulado, ‘sectorizado’, descentralizado y con participación comunitaria. Por el otro, adelgazar el aparato burocrático sanitario por medio de la modernización administrativa y de una nueva combinación público-privado. En ese nuevo marco, la ex-SSA, ahora sólo Secretaría de Salud, sería elevada a categoría de cabeza de sector,⁹ con poder sobre las instituciones de seguridad social. Al mismo tiempo, como observaron Eibenschutz y Raphael (1992, p. 23), “apareció por primera vez en la Ley General de Salud la definición del sector salud constituido por los sectores público, social y privado”.

⁹ Como parte de la reforma, se cambia en 1985 el nombre de la SSA para Secretaria de Salud (SS).

De hecho, esa superposición de agenda no sólo afectó algunos intereses creando una situación de confrontación, sino que también contribuyó a dinamizarlos al politizarlos y promover nuevos actores sociales. Como ya afirmamos anteriormente, “estas medidas amenazaban, de alguna manera, el proteccionismo y el poder de los grupos políticos y sociales organizados en las corporaciones sindicales” (Abrantes Pêgo, 1995, p. 8) presentes, tanto en la Secretaría de Salud, como en el Seguro Social. Esto se daba en una coyuntura en la cual las negociaciones político-económicas para buscar una salida a la crisis necesitaban contar con el aval de los trabajadores organizados en la estructura corporativa. A esto se sumó una intensificación de la movilización de otros grupos sociales en momentos en que se anunciaba una mayor competencia electoral. Estos (y otros) procesos sociales y políticos interfirieron en la dinámica del cambio estructural limitándolo seriamente en sus propósitos.

La consolidación del SNS requería poner fin a la autonomía de las instituciones de seguridad social. Esto es, implicaba la intervención de la secretaría en el círculo poderoso y cerrado de los intereses de los sindicatos y federaciones de los trabajadores, de las cámaras empresariales y de la burocracia federal que

participaban en la gestión de la seguridad social. Frente a esto, la propia burocracia del IMSS, aliada al sindicalismo oficial, movilizó sus recursos políticos para obstaculizar la acción del secretario de Salud que tenía en principio, o decía tener, todo el apoyo del ejecutivo federal. El resultado fue la modificación de la Ley de Seguridad Social en una tentativa por garantizar la participación del secretario como miembro del cuerpo de gobierno de los institutos. Pero lo único que se logró fue su nominación “como un miembro más del grupo de 12 representantes tripartitas y bajo la presidencia del director general del IMSS” (González Block, 1989, p. 194).

Otro elemento importante del proyecto Soberón fue la descentralización de los servicios de salud que prestaba la secretaría a los estados y/o municipios y la descentralización del Programa IMSS-Coplamar. En ese proceso estaba prevista la extinción de los servicios Coordinados de Salud Pública y del IMSS-Coplamar que serían substituidos por una nueva entidad: los Servicios Estatales de Salud bajo la gestión de los gobiernos estatales coordinados con la federación. De 1984 a 1987 la descentralización había alcanzado solamente a 14 de los 31 estados de la República. La escasa voluntad política de las autoridades estatales fue el factor limitador determinante, combinada con la baja cobertura de los servicios de salud en los estados y los altos costos de homologación salarial. Ejemplos paradigmáticos son Guerrero y el estado de México.

Frente a la imposibilidad de integración y a los obstáculos encontrados en el proceso de descentralización, la nueva combinación público-privado, ya afectada por el escenario de crisis económica, se debilitó aún más, particularmente debido a la baja legitimidad de la Secretaría de Salud para ser cabeza de sector. Como si no fueran pocos los problemas para el proyecto de reforma, los sismos de 1985, como es sabido, destruyeron gran parte de las instalaciones médicas de la ciudad de México.

Así, el proyecto en cuestión terminó por ser bloqueado temporariamente y la operación del SNS se limitó a dar una respuesta a la crisis económica y, particularmente, a la creciente demanda por servicios de salud. Durante el mandato de Salinas de Gortari, en las manifestaciones explícitas, el discurso se mantuvo igual: descentralizar, modernizar y promover la simplificación administrativa, combinada con la participación de la comunidad. Su política de salud se definió todavía más por lo micro, por dar atención a los grupos vulnerables y de escasos recursos que “la transición para la economía con acentuados mecanismos de mercado exige” (Pronasol, 1994, pp. 32 y 133), tanto en el ámbito de la Secretaría de Salud como en el del Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), heredero directo del IMSS-Coplamar.

Otro campo de acción del gobierno de Salinas de Gortari fueron sus tentativas de promover la abertura del mercado vía el Tratado de Libre Comercio (TLC) y la desreglamentación de la carga tributaria impuesta al mercado por medidas de bienestar y seguridad social consideradas, generalmente, como demasiado pesadas para la economía. En este contexto, el debate en torno de la crisis financiera de la seguridad social se presentó con mayor intensidad. Esto condujo a que la dinámica de la reforma se apoyara particularmente en el IMSS.

Como veremos a seguir, todas estas cuestiones, puestas en práctica entre 1982-94, fueron suficientemente controvertidas como para crear una situación de confrontación entre los agentes sociales, económicos y políticos del sector.

La dinamización de los intereses

La propuesta del grupo asociado al dr. Soberón representó una ruptura tanto dentro de la corriente sanitarista conformada desde el cardenismo de base populista, como también con el modelo desarrollista de la seguridad social cuya agenda pública se definía por la relación desarrollo económico y equidad que venía dominando la escena desde la década de 1950. Sanitaristas y desarrollistas se movilaron en momentos distintos y se convirtieron en opositores importantes al proceso de reforma en debate.

Otras fuerzas sociales opuestas al proyecto reformista fueron los propios trabajadores de las instituciones que conformaban el sector salud, organizados en sindicatos corporativos. Estos sufrieron una devaluación continua de los salarios desde la crisis económica de 1982 que afectó también sus condiciones de trabajo. Dicha situación propició algunas acciones reivindicatorias y una oposición más activa dentro y fuera de los sindicatos oficiales, lo que puede haber contribuido a una intensificación de los conflictos en el sector y a transformar el papel legitimador de los sindicatos corporativos en una tendencia contestataria. La propuesta de descentralización, tanto de la secretaría como del IMSS-Coplamar, generó problemas laborales y sindicales. Tales problemas provocaron resistencias de los trabajadores para incorporarse como recursos humanos 'regulares' bajo la jerarquía jurisdiccional y estatal y no más afiliados al sindicato nacional (López Arellano, 1994, p. 174).

La reducción del gasto social del Estado, con la consecuente deficiencia de los servicios de salud, fue motivo de varias denuncias en diferentes foros del movimiento obrero. Se recompuso la corriente democrática en el IMSS y con menor fuerza en la Secretaría de Salud en torno de la cuestión salarial y de los despidos en el sector. Esta corriente sindical buscaba, entre otras cuestiones, romper con el burocratismo y con los sistemas oligárquicos de

las cúpulas, sin que esto significara necesariamente para algunos de los dirigentes alejarse de las estructuras oficiales. Esta corriente estuvo presente en algunas secciones sindicales y lograron promover diversas movilizaciones.

La disminución del financiamiento de la salud y el incremento del uso de cuotas de recuperación como instrumentos de financiamiento de la SSA afectó también las condiciones de acceso a los servicios públicos. Algunos militantes de organizaciones civiles y de grupos de izquierda interpretaron este fenómeno, y el creciente deterioro y desprestigio de las instituciones públicas, como el contexto ideológico del proceso selectivo de privatización de los servicios de salud. Para esos sectores, la privatización se daría con el traslape de 20 por ciento de los asegurados que aportaban entre 46 y 48 por ciento del monto total de las cuotas obrero-patronales para el sector de las aseguradoras, lo que llevaría a una descapitalización de las instituciones de seguridad social y a la creación de un mercado disponible y garantizado (Aburto Galván, 1994, pp. 49 y 78; Laurell, 1994, p. 139).

A lo anterior habría que agregar la importancia que empezaba a adquirir la participación de la comunidad como sustituta del Estado para la producción y distribución de los bienes y servicios sociales de atención a la salud. Esa se daba a través de la colaboración directa de los clientes-usuarios de los servicios de salud o de grupos organizados intencionalmente por el Estado. Según Menéndez (en prensa), esto suponía una concepción de “la población básicamente como un recurso”, que era utilizada “no tanto por su saber sino como mano de obra”.

El binomio atención primaria-participación comunitaria, focalizado principalmente en la mujer, aliado a la propuesta de “educación para la salud” que buscaba “desarrollar ciertas actitudes y conductas”, fue definido como instrumento que daba forma a las nuevas modalidades de acceso a los servicios de salud. Los Comités de Solidaridad, creados en el mandato de Salinas de Gortari (1988-94) a partir del Programa Nacional de Solidaridad, son un buen ejemplo. Esa nueva ‘sociabilidad’, impulsada por el Estado y sustentada en relaciones asimétricas, ha tendido a apropiarse de las formas de organización propia de la vida cotidiana de la población más pobre, como los grupos de auto ayuda. Dice Menéndez (1993, p. 95) que estos grupos surgen por la necesidad y por la pobreza, “sin proyectarse, más allá de ellos mismos, ni impulsar a sus miembros a otros tipos de acciones colectivas dentro de la sociedad global”.

Al lado de esas organizaciones es posible encontrar otros grupos y/o movimientos organizados a partir de cuestiones sociales específicas como, por ejemplo, las Organizaciones no Gubernamentales (Ongs) de Mujeres y el Movimiento Nacional de

Salud Popular. Este último llegó a tener, a fines de la década de 1980, alrededor de 35 organizaciones y cuatrocientos grupos adherentes. Tales grupos, “no sólo refieren sus problemas a la estructura social y cultural, sino que generan demandas y realizan intervenciones a nivel de la sociedad global” (Menéndez, op. cit.). Aunque su acción social no se dirige al proceso decisorio propiamente dicho, estas organizaciones pueden interferir en su puesta en práctica. Gloria Ramírez, de la Academia Mexicana de Derechos Humanos, señaló en un simposio sobre derechos humanos, que las Ongs “han contribuido de manera notable a que los derechos humanos formen parte ya de la ética social de nuestro tiempo, incluyendo desde luego, el derecho a la salud” (*La Jornada*, 1995, p. 41).

El nuevo marco de la relación público-privado a ser creado a partir de la reforma implicaba también una nueva alianza entre el Estado y el sector privado productor de insumos y servicios de salud. Esa asociación adquirió una nueva dimensión con la posibilidad de entrada de capital foráneo asociado que siguió a la firma del TLC durante el gobierno de Salinas. Para eso, en las postrimerías del mandato de Salinas, se empezaron a dibujar políticas para dar condiciones de rentabilidad al sector privado productor de servicios de salud a través de la reorientación de la demanda de los grupos con capacidad adquisitiva, o bien por medio de la subcontratación de servicios. Al mismo tiempo, se buscó promover una mayor eficiencia y competitividad en las instituciones públicas con vistas a frenar los costos.

En el marco de estas transformaciones, las cuestiones relativas al licenciamiento y certificación de hospitales y profesionistas pasaron a formar parte de la agenda reformista. A este conjunto habría que agregar la crisis financiera de la seguridad social articulada y explicada en parte por la pérdida del dinamismo de la economía.

En la reformulación de las reglas del juego, particularmente a partir de 1990 cuando se empezó la formulación del Sistema de Ahorro para el Retiro, no sólo las autoridades financieras (Secretaría de Hacienda y Crédito Público y Banco de México) asumieron un papel protagónico en la toma de decisiones en relación a las políticas de salud. También lo hicieron las organizaciones empresariales del sector, particularmente la Asociación Mexicana de Hospitales y la Asociación Mexicana de Seguros, al lado de segmentos del gremio médico representados por la Academia Nacional de Medicina y por el nuevo grupo de presión, la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud). Esta última, que viene actuando oficialmente desde 1988, se constituyó, sabidamente a partir del grupo asociado con el dr. Soberón, como una institución de carácter técnico-científico que buscaba lanzar puentes entre las dimensiones económica y social de la salud.

También el IMSS, pivote central de la nueva asociación público-privado, creó en finales de 1993, su propio *think tank* — o “grupo pensante”: el Centro de Estudios Estratégicos de la Seguridad Social (CEDESS), como una entidad autónoma. Al centro le fue atribuido, entre muchas otras tareas, elaborar el ‘diagnóstico’ institucional que se habría de constituir en el instrumento de apoyo para que las transformaciones en el Seguro Social, necesarias para dinamizar la economía, se concretaran durante la administración del presidente Ernesto Zedillo. Aunque Funsalud y CEDESS busquen afirmar su carácter neutral e independiente, ambas instituciones tratan de ejercer legítimamente, como cualquier otro sector organizado de la sociedad, su influencia sobre las decisiones que rigen el funcionamiento del sector salud y procuran mejorar la posición de los sectores cuyo pensamiento expresan en relación a otras fuerzas sociales.

Una de las características del mercado privado de servicios de salud es su relativa debilidad, derivada de su limitada capacidad física y tecnológica, y de la falta de un proceso de certificación. De acuerdo con el censo nacional de hospitales privados, realizado en 1993 por la Secretaría de Salud, se censaron dos mil 705 unidades médicas privadas hospitalarias, de las cuales aproximadamente el 70 por ciento tenían un máximo de sólo diez camas (Hurtado Beléndez, 1994, p. 30). No obstante, se puede observar un claro proceso de diferenciación a raíz de la entrada de la corporación hospitalaria “humana” en la ciudad de México en la década de 1980. Ese proceso de diferenciación se agudizaría a partir de la instrumentalización del TLC.

El tratado abría oportunidades para unos (debido entre otros factores al fomento de la inversión extranjera), pero a su vez cerraba puertas para otros. En el sector se esperaba una gran inversión de capital foráneo, particularmente en las aseguradoras, lo que implicaba un mayor grado de competitividad en el heterogéneo segmento de los servicios privados (Fernández Pellón, 1993, p. 172). Según el presidente de la Cámara Nacional del Sector Salud Privado,¹⁰ las unidades particulares brindaban hasta 1994 atención a un reducido 30 por ciento de la población (*La Jornada*, 15 de mayo de 1996).

Ante la firma del TLC, la Sociedad Mexicana de Salud Pública, portavoz de la corriente sanitarista, adoptó una postura crítica, recelosa de sus posibles consecuencias negativas en el mercado de servicios de salud, tales como aumento de costos, tecnificación del acto médico, creación de monopolios privados y otros (Sociedad Mexicana de Salud Pública, 1994). Pero, por otro lado, sectores de la Academia Nacional de Medicina han identificado al tratado como un elemento importante en la dinamización de la actividad económica en el sector salud (Academia Nacional de

¹⁰ La Cámara Nacional del Sector Salud Privado agrupa tres mil hospitales, asociaciones médicas y laboratorios.

Medicina, 1992). Debido al uso excesivo de tecnología de base curativa de la medicina estadounidense, ambas instituciones coinciden en que el médico privado y el segmento del sector privado de baja tecnología, si quieren hacer frente a la competencia, necesitarán, además de la acreditación adecuada para el ejercicio de cualquier especialidad médica, de una actualización constante y de un sistema de control de costos.

En México, a diferencia de EUA y Canadá, “la figura del especialista no tiene representatividad jurídica y los certificados de los consejos son sólo instrumentos de valor moral y curricular” (Academia Nacional de Medicina, 1994, p. 54). Por otro lado, no existe una instancia que vigile la calidad del servicio que prestan los médicos generales. Esa cuestión se articula al hecho que en México los procesos y procedimientos judiciales tienden a proteger a los médicos. Por su parte, la Academia Nacional de Medicina propone que las denuncias sobre mala calidad de los servicios médicos se resuelvan en las propias corporaciones médicas. Se está pugnando, junto con la Asociación Mexicana de Médicos Familiares y Médicos Generales y otras organizaciones, para que se obligue a todos los médicos generales y familiares a refrendar su título profesional a cada cinco años. Para esto será necesario crear un Consejo de Medicina General, independiente del Estado y con poder regulatorio de la práctica médica y de sus especialidades.¹¹

¹¹ A diferencia de otros países, donde las atribuciones de reglamentación de la profesión, del mercado de trabajo y aspectos semejantes fueron depositadas en consejos compuestos por practicantes de la medicina, en México esas tareas le corresponden al Estado a partir de 1942 con la promulgación de la Ley de Profesiones.

Los médicos de las instituciones públicas de salud también se preocuparon, en el ámbito de sus sindicatos, por la cuestión de su responsabilidad jurídica. Para ellos, ésta no puede existir cuando no se tienen las condiciones necesarias para el desarrollo de sus labores. Esto es, provisión adecuada de medicamentos, equipos y material de consumo, instalaciones y equipos en pleno funcionamiento, plantilla de trabajadores necesaria para el mejor desempeño de las funciones y, no menos importante, un salario digno. Una investigación, realizada por Frenk *et alii* (1990), confirma que en algunas ciudades del país es posible encontrar médicos, en su gran mayoría asalariados, que en la práctica pública atienden más de cien pacientes por semana.

Las demandas de esos trabajadores son: 1) precisión en el sistema jurídico civil y penal en cuanto a las normas del trabajo; 2) que las instituciones contratantes asuman el compromiso y la responsabilidad de los problemas jurídicos médico-paciente o bien que el salario tenga el costo de un seguro contra este tipo de demandas; 3) que los sindicatos asuman el compromiso de defender a sus afiliados, exigiendo al patrón la defensa de sus trabajadores en dichos casos (García, 1995).

Los consumidores también se han constituido como actores. El número de quejas y denuncias ha crecido año a año, lo que impulsó

la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médica con atribuciones para atender los casos de ejercicio privado de la medicina. En el informe del presidente de la Comisión Nacional de Derechos Humanos de 1996, la negligencia médica ocupó el primer lugar y la negativa a la atención médica, el séptimo en la lista de quejas atendidas (CNDH, 7.6.1996, IV).

Para algunos participantes de este debate, es evidente la falta de experiencia tanto de las instituciones públicas y privadas del sector salud como de los abogados y de los ciudadanos. Las circunstancias sociales demandan nuevos espacios de denuncias y quejas relacionadas con la negligencia médica y con el ejercicio del derecho a la salud, particularmente el derecho reproductivo. Recientemente se formó en México una Red de Salud y Mujeres del Distrito Federal, conformada por Ongs y académicos, que tiene entre sus estrategias de acción la de ejercer presión política para que los programas gubernamentales de salud dirigidos a las mujeres no las conciban solamente como reproductoras y procreadoras de hijos sanos (Muriedas, 1995, p. 235).

Consideraciones finales

Estos son, brevemente, algunos de los actores y tendencias que, a través de diferentes expedientes, buscan participar en el complejo debate en torno de la mejor configuración del sector salud. Sin embargo, la necesidad de abreviar, por razones de tiempo y espacio, además de la enorme amplitud del tema en cuestión, no puede volverse un pretexto para hacer caso omiso del papel que desempeñan los otros intereses en ese proceso o para tratar a los actores sociales como entidades homogéneas y aisladas de un conjunto.

La sociedad mexicana, como todos sabemos, se encuentra oxigenada por diversos proyectos en conflicto y oposición permeados tanto por luchas corporativas profesionistas, como por pugnas ideológicas, económicas y político-partidarias. Más que una polarización antagónica, conformada por dos bloques polares unitarios y divergentes que parecen irreconciliables como presenta Laurell (1996), creemos que en la práctica es posible observar transacciones entre los diversos adversarios. Podemos decir que el embate político e ideológico que está ocurriendo en el área de la salud refleja no sólo cambios generales que acontecen en la sociedad como un todo, mas también los diferentes proyectos políticos en gestación.

Algunos de estos intereses apuntan hacia una mayor heterogeneidad que comienza a transbordar los moldes estrechos de incorporación social de base corporativa y de clientela. Por otro lado, la puesta en práctica de la reforma implicó un enfrentamiento

con grupos de poder con larga historia de colaboración con el Estado y que “han hecho posible 67 años de hegemonía del partido oficial” (Brachet-Márquez, 1995, p. 650). Esto significa que, en última instancia, es la dimensión socio-política de la reforma la que determinará el ritmo, la propia dinámica y característica de la reforma, como también posibilitará hacer inferencias sobre cómo la salud se inserta dentro de un proceso más amplio de democratización del Estado mexicano.¹² Las interrogantes que cuestionan quiénes han sido incluidos o excluidos del juego político, cuál ha sido el grado de autonomía y de poder de cada uno de los participantes, qué intereses han sido y/o están siendo sacrificados en beneficio de otros son indicadores de cambios, no sólo en la lógica de distribución de los recursos de salud, sino también en la forma de hacer política en México. En otras palabras, estudiar la reforma de la salud nos permite caracterizar con más certeza la dimensión del cambio general y determinar si en efecto se apunta hacia un nuevo marco institucional, como lo indican algunos autores y los propios reformistas, o bien a una renovación del antiguo.

Todo indica que después del relativo naufragio del dr. Soberón, que buscaba conciliar las dos agendas, la estrategia reformista en vigor ha orientado acciones que, en el discurso, parecen dotadas de bajos grados de interdependencia. Al mismo tiempo, se ha buscado evitar la confrontación de intereses segmentados e instrumentalizar la reforma para así neutralizar a la oposición político-partidaria y lograr un reacomodo entre las principales fuerzas sociales. Como es evidente, este intento apunta para la continuidad de los marcos histórico-estructurales establecidos. Así, más que una tentativa de ruptura con el modelo anteriormente vigente, el proceso de reforma en curso debe ser entendido como la búsqueda de una reestructuración que no procura comprometer la relación de fuerzas que operan dentro del sector y que responden por las condiciones políticas para su puesta en práctica. Lo que no significa decir que no se estén produciendo transformaciones importantes, algunas de ellas profundas, que podrán en el largo plazo generar nuevas formas asimétricas en el consumo social.

¹² Para la relación entre democracia política, estructura social y democracia social véase Lynn Karl (1995). En Brasil post-dictadura se produjo una rica bibliografía que discute esa relación. Véase Cohn *et alii* (1991). En relación a los países de Europa del Sur, véase Souza Santos (1987).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes Pêgo, R.
1995 'Las estrategias de acción colectiva en el sector salud mexicano a partir de la crisis económica de 1982. Una primera aproximación'. Documentos de trabajo, México, Cide.
- Aburto Galván, M. en C.
1994 'Probables implicaciones del tratado de libre comercio en diversos sectores y en particular en la salud pública en México'. En *Salud pública y Tratado de Libre Comercio*. Sociedad Mexicana de Salud Pública, México, volumen II.
- Academia Nacional
1994 'El Tratado de Libre Comercio y los servicios médicos'.
- Academia Nacional de Medicina
1992 'El Tratado de Libre Comercio y los servicios médicos: elementos para el análisis y la negociación'. México.
- Acuña, D. L.
1982 *La salud desigual en México*. México, Siglo XXI.
- Almada Bay, Y.
1982 'Salud, muertos que no hacen ruido'. En H. A. Camín (org.), *El desafío mexicano*. México, Océan.
- Aspe, P. y Beristáin, J.
1989 'Distribución de los servicios educativos y de salud'. *Salud Pública de México*, Instituto Nacional de Salud Pública, vol. 31:2, pp. 240-84.
- Brachet-Márquez, V.
1996 *El pacto de dominación: Estado, clase y reforma social en México (1910-1995)*. México, El Colegio de México.
- Brachet-Márquez, V.
1995 Reseña. *Estudios sociológicos de El Colegio de México*, vol. XIII:3, pp. 645-53.
- Cabrera Acevedo, G. y Hazas S.
1992 'La seguridad social y el cambio demográfico'. En *La seguridad social y el Estado moderno*. México, Fondo de Cultura.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH)
7.6.1996 *Informe Anual: mayo 1995-mayo 1996*. Publicado en *La Jornada*, México.
- Cohn, A. et alii
1991 *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo, Cortez/Cedec.
- Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad
1994 *El Programa Nacional de Solidaridad*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Córdova, Leal, y Martínez
1990 *Riesgos y daños a la salud en México a fines de los ochenta: la versión de la Encuesta Nacional de Salud*. México, Universidad Autónoma Metropolitana, División de Ciencias Biológicas y de la Salud.
- Davis, D.
1990 'Los movimientos sociales en la crisis de México'. En *Interpretaciones sobre el sistema político mexicano*. México, Iepes.
- Eibenschutz, C. y Raphael, T.
1992 *Historia de la política sanitaria en México*. México, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Fernández Pellón, J. F.
1993 'Perfil de los servicios y de los usuarios de la iniciativa privada'. En *Servicios de atención a la salud en el contexto metropolitano: los retos de la ciudad de México*. México, Fundación Distrito Federal, Cambio XXL/P.R.I.D.F.

- Frenk, J. et alii
1990 *Subempleo y desempleo entre los médicos de las áreas urbanas de México.* México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Gallaga García, R.
1992 El concepto integral de seguridad social y las prestaciones sociales o complementarias'. En *La Seguridad Social y el Estado moderno.* México, Fondo de Cultura.
- García, Antonio Rosado
7.9.1995 Ponencia en el Foro 'Aspectos jurídicos de la práctica médica institucional' realizado dentro de la estrategia del cambio de la seguridad social en México.
- González Block
1989 Economía política de las relaciones centro-locales en las instituciones de salud en México'. Tesis para obtener el grado de doctor en ciencias sociales en El Colegio México, México.
- Hernández, B. et alii
1993 Empresas de aparatos médicos y su vinculación con centros de desarrollo tecnológico en México'. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 115:4, pp. 313-28.
- Hurtado Beléndez, A.
1994 Bases, objetivos y proyección de la acreditación hospitalaria'. En *Calidad de Atención a la Salud*, vol. 1:2 (suplemento), Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A. C., Fundación Mexicana para la Salud.
- Kumate y Soberón
1989 *Salud para todos: ¿Utopía o realidad?*. México, El Colegio Nacional.
- Laurell, A. C.
1996 *La reforma de los sistemas de salud y de seguridad social. Concepciones y propuestas de los distintos actores sociales.* Documento de trabajo, México, Friedrich Ebert Stiftung.
- Laurell, A. C.
1994 Avanzar al pasado: La política social del neoliberalismo'. En *Estado y Políticas Sociales en el neoliberalismo.* México, Friedrich Ebert.
- Lynn Karl, T.
1995 Dilemas de la democratización en América Latina'. En José Luis Reyna (org.), *América Latina a fines de siglo.* México, Fondo de Cultura Económica.
- López Arellano, O.
1994 La política de salud en México: ¿Un ejemplo del liberalismo social?'. En Asa Cristina Laurell (org.), *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo.* México, Friedrich Ebert.
- Menéndez, E.
(en prensa.) Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social'. *Revista Dimensión Antropológica.*
- Menéndez, E.
1993 Lo obvio es la categoría central del análisis antropológico'. En Carlos Roersh, José María Tavares de Andrade y Eduardo Menéndez (orgs.), *II Seminario Latinoamericano sobre la teoría y la práctica en la aplicación de la medicina tradicional en Sistemas Formales de Salud.* Instituto de Medicina Dominicana.
- Menéndez, E.
1992 Achiquemos el Estado mientras la muerte está'. En Jorge Alonso, Alberto Azis y Jaime Tamayo (orgs.), *El nuevo Estado mexicano.* México, Nueva Imagen.
- Mesa-Lago
1985 El desarrollo de la seguridad en América Latina'. *Estudios e Informes*, Cepal, nº 43, Santiago, Chile.
- Muriedas, P.
1995 'Salud y derechos humanos'. En *Memoria de la Reunión Nacional sobre Derechos Humanos de la Mujer.* México, Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- Oszlak, O.
1980 *Políticas públicas y regímenes políticos: reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas.* Buenos Aires, Estudios Cedes.
- Pozas-Horcasitas, R.
1993 *La democracia en blanco: el movimiento médico en México, 1964-1965.* México, Siglo XXI.

- Smith y Duran
1995 'La acción colectiva y su papel contradictorio en la construcción de la ciudadanía en México'. En *Estudios sociológicos*. México, El Colegio de México, vol. XIII, nº 38, pp. 309-40.
- Sociedad Mexicana de Salud Pública
1994 *Salud Pública y Tratado de Libre Comercio*, volumen II.
- Souza Santos, B.
1987 "O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde". En *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Universidad de Coimbra, nº 23, pp. 13-73.
- Velázquez, M.
1992 *Políticas sociales, transformación agraria y participación de las mujeres en el campo: 1920-1988*. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Veronelli, J. C.
1983 'Experiencias innovadoras en la prestación de servicios masivos de salud en América Latina'. En *Salud en América Latina: aspectos prioritarios de su administración*. México, Fondo de Cultura.
- Ward, P.
1989 *Políticas de bienestar social en México — 1970-1989*. México, Nueva Imagen.
- Zapata, F.
1995 *El sindicalismo mexicano frente a la restructuración*. México, El Colegio de México.
- Periódicos**
La Jornada, 15.7.1995 y 15.5.1996.

Recebido para publicação em julho de 1997.