

Democracia y Liberalismo ¿Complementariedad o contradicción? El contraste entre México y Brasil y el desarrollo de la política de salud en México

*Héctor Alemán Martínez**

RESUMEN

El presente ensayo aborda la relación existente entre política y salud; primero mediante una breve comparación entre México y Brasil; y segundo mediante un análisis de la conformación del Estado mexicano y el ejercicio de la medicina en ese marco. Por medio de los dos análisis anteriormente citados se busca establecer la diferencia entre las racionalidades del liberalismo y el capitalismo; así como poner en perspectiva la manera en que las contradicciones entre ambas racionalidades crean un terreno en disputa que corresponde al dominio de lo político. También se describen algunos aspectos de las estrategias de poder del Estado moderno que logran incorporar las demandas sociales en materia de salud bajo formas institucionales que favorezca su estructura y reproduzcan la lógica de su poder.

PALABRAS CLAVE: Democracia, Liberalismo, Estado, política, políticas en salud, sistemas de salud, México, Brasil, actores sociales.

ABSTRACT

This essay addresses the existent relationship between politics and health. For this purpose two analyses are done: first, a brief comparison between Mexico and Brazil; second, an analysis of Mexican State's structuring and the practice of medicine in this context. These two analyses seek to establish differences between liberalism and capitalism rationales and to put into perspective how those contradictions create a contested territory which is the domain of the political. The essay also describes some aspects of State's power strategies to incorporate health modern social demands into institutional ways, that reinforce State's structure and reproduce the logic of State's power.

KEYWORDS: Democracy, Liberalism, State, politics, health policy, health systems, Mexico, Brazil, social actors.

*Psicólogo Social y maestrante en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Fecha de recepción: 11 de octubre de 2010
Fecha de aprobación: 11 de noviembre de 2011

I. Introducción. Política, economía y actores sociales

La medicina más que una técnica humana¹ para curar la enfermedad (técnica llevada a cabo por ciertos individuos que cumplen con roles y funciones necesarios para la estructura social); (Rodríguez, 1992) es una práctica social en su sentido más amplio (político, económico e ideológico); (Donnangelo y Pereira, 1976).

Más concretamente “La práctica médica es la forma en la cual se organiza la respuesta social frente a la salud-enfermedad” (Laurell, 1979: 22). Dicha respuesta tiene un fuerte componente político muy específico derivado de las dos funciones principales de la práctica médica, regular el conflicto entre las clases sociales y al mismo tiempo legitimar el orden social (Laurell, 1979).

Lo político existe en todas las sociedades de manera implícita y explícita, y tiene que ver con las estructuras del poder y las instancias formales instituidas para tal efecto, como es el caso del Estado moderno (Castoriadis, 1996b). En este marco, la supuesta escisión entre política y economía que propone el liberalismo clásico como postulado teórico, ha de interpretarse como una estrategia destinada a perpetuar la despolitización de la economía en razón de proteger los intereses de clase. Estrategia indispensable si atendemos el trasfondo histórico de las sociedades en donde se implementa ideológicamente dicha escisión.

Como se argumentará posteriormente, democracia y (Neo) liberalismo son cosas distintas, son racionalidades divergentes y no necesariamente complementarias. Consideramos además que la relativa autonomía de los Estados Capitalistas modernos (Poulantzas, 1991) no fue una simple concesión del poder ni resultado automático de la estructura económica, los derechos humanos *a la francesa*, la implementación de “la democracia” (aunque acotada y depurada en una oligarquía liberal) como procedimiento fueron conquistas de las luchas sociales, conquistas que dieron paso a las relativas concesiones presentes en la cristalización de fuerzas en el Estado y en el contractualismo (Santos, 1998b).

¹ Canguilhem (1978) se refiere a la medicina de este modo, como una técnica humana que busca prolongar la vida.

Las diferencias que se establecen entre lo político y la organización del Estado (como estructura); y el hacer política² de los actores sociales en las sociedades (como acontecimiento) no dan como resultado solo sutiles diferencias. Según Abrantes y Almeida (2002) Brasil y México son dos casos comparables porque un grupo de especialistas en salud lograron influir en las políticas en salud al introducirse en el debate político social, ciertamente con perspectivas y propósitos muy diferentes, pero no por ello dejan de casos singulares, dado que fue solo en estos dos países en los únicos en los que se suscitó tal fenómeno.

Cuestiones importantes para el caso de América Latina, que como región comparte históricamente ciertos rasgos comunes, y que en su actual heterogeneidad de regímenes políticos y modos de hacer política de sus actores sociales y del Estado se trazan caminos distintos y hasta opuestos en sus implementaciones de políticas en salud y en la reformulación de sus servicios de salud.

II. Los modos diferenciados de hacer política: Las nuevas políticas de salud en México y su contraste con el SUS Brasileño

La comparación entre los casos de Brasil y México que se cita a continuación no pretende ser un análisis a profundidad de los aspectos sociales que conforman sus diferencias en materia de políticas de salud. El objetivo de contrastar la experiencia brasileña con las reformas en México es plantear la relación entre acción colectiva y las estrategias de poder del Estado en un sentido teórico.

El supuesto de fondo que sostiene el presente texto es que las variaciones existentes en las políticas en salud entre los países; e incluso en un mismo país a lo largo de ciertos periodos, no son resultado mecánico de las determinaciones económicas, sino que tienen su propia especificidad. En otras palabras, lo político funda una *dominio propio que tiene relativa autonomía de los procesos económicos* donde lo concluyente son las estrategias de poder que se siguen para obtener ciertos

² Hacer política de acuerdo a las coyunturas históricas que posibilitan su acción e implementación y que no son simple resultado de la voluntad de los actores sociales.

finés adecuados a la estructura del Estado (Santos, 1998a).

Como anteriormente se ha mencionado, México y Brasil son dos casos comparables en términos de la acción política, dado que en ambos países “los investigadores en salud pública, como especialistas, proyectaron su participación para allá del ámbito técnico-científico, logrando influir en el conflicto en torno a la reorientación de las políticas en salud” (Abrantes y Almeida, 2002:972).

Por ello, comparar precisamente a estos dos países que siguieron caminos tan disímiles en sus reformas en salud, permite poner en evidencia no solo la contradicción política presente en los Estados modernos y cristalizada en el contrato social, sino también las diferencias en los modos diversos de hacer política de los actores sociales que consiguen plasmar sus estrategias en la política pública del Estado.

La visión de la cual parte la noción de ciudadanía y derechos presente en las reformas de Brasil y la constitución del SUS³ es diametralmente opuesta a la visión de la Nueva Salud Pública de México que propone el cuadrinomio financiamiento-cobertura-eficiencia-libre elección planteado en el MIDAS⁴(el MIDAS actualmente se encuentra suspendido) vía Seguro Popular. Regresaremos más tarde sobre este punto. Para el objeto de este ensayo resulta importante resaltar el hecho de que las políticas en salud transitan en medio de la contradicción existente entre Neoliberalismo y Democracia y que en ese espacio es donde los actores sociales pueden impactar con su acción colectiva.

En términos de acción política el caso de Brasil es muy interesante. A partir de los años setenta diversos sectores sociales, entre los que se encontraba un grupo de médicos simpatizantes de izquierda comunista, construyeron un movimiento en torno al concepto de medicina social (posteriormente salud colectiva); y en la década de los ochenta encabezaron el “Movimiento de la Reforma Sanitaria”, además de crear el CEBES

y el ABRASCO⁵. Se oponían a la salud pública tradicional y se mantuvieron en pie de lucha hasta la llegada de la Nueva República en 1985, (luego de la dictadura) cuando sus miembros logran ocupar puestos importantes en el gobierno e institucionalizar el SUS (Abrantes y Almeida, 2002).

México por su parte, tiene un movimiento similar pero en un sentido opuesto. Un grupo de médicos sanitarios como respuestas a los cambios políticos y económicos de la década de los ochenta, algunos vinculados con el PRI y otros independientes propusieron la Nueva Salud Pública en oposición a las visiones existentes en ese momento con respecto a la práctica médica. Este grupo crea en 1985 la FUNSALUD y el INSP⁶ y logra ocupar importantes puestos en el área, así como impactar de forma importante en la formación de los profesionales de la salud (Abrantes y Almeida, 2002).

Las motivaciones detrás de la movilización de ambos actores sociales se deben principalmente a las coyunturas políticas presentes en cada país en específico. Los sanitarios brasileños agrupados en el movimiento de la medicina social/salud colectiva consideraban que las políticas de salud establecidas por el régimen militar privilegiaban la privatización y la medicalización de los problemas sociales. Asimismo criticaron la ampliación de la cobertura de los servicios debido a que se llevó a cabo sin ampliar la infraestructura lo que llevó a que existieran empresas privadas que manejaban financiamiento público mediante un contrato como proveedor, lo cual terminó por acentuar las desigualdades en salud. Por ello, la propuesta del grupo de medicina social brasileño en ese momento se basó en la idea de hacer de la salud un derecho ciudadano universal garantizado por el Estado (Abrantes y Almeida, 2002).

Por su parte, los “creadores” del concepto de la Nueva Salud Pública en México pensaban que se necesitaba “un sistema de salud moderno, ágil y menos politizado y estatizado, con una ciudadanía más responsable con relación a su salud y con una mayor participación del sector privado” (Abrantes y Almeida, 2002: 973).

³ Sistema Único de Salud Brasileño.

⁴ Modelo Integrado de Atención a la Salud. Fue aplicado durante el sexenio del presidente Vicente Fox Quesada (2000-2006) y actualmente se encuentra discontinuado.

⁵ Centro Brasileño de Estudios de la Salud (CEBES). Asociación Brasileña de Postgrado en Salud Colectiva (ABRASCO).

⁶ Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

Asimismo consideraban que el sistema de seguridad social centralizado estaba determinado por intereses corporativos que no respondían a las “necesidades” de una economía globalizada de libre mercado. Partiendo de esta visión fue que FUNSALUD logra plasmar finalmente su propuesta con toda claridad en el programa de reforma (1995-2000) de Ernesto Zedillo.

Llama la atención que las estrategias implementadas para alcanzar objetivos aparentemente similares (como por ejemplo, la equidad en el acceso a los servicios de salud) en ambos países en realidad siguen caminos muy distintos; precisamente porque parten de visiones diferentes y de coyunturas político económicas distintas. En tanto que el funcionamiento del SUS brasileño es la expresión cristalizada de una perspectiva de derecho ciudadano universal de la salud, el MIDAS mexicano tal y como fue planteado pretendía ser el constructor de un sistema único de salud que ponía énfasis en la viabilidad del financiamiento basado en criterios de costo-eficiencia, que supuestamente tenía como preocupación primordial integrar a la “seguridad social” a aquella mitad de la población (57 %) que queda excluida de los servicios de salud para posteriormente unificar el sistema fragmentado mediante un único esquema de financiamiento que incluye aportaciones directas del asegurado de acuerdo al paquete de intervenciones que elija (México, Secretaría de Salud, 2006).

Pareciera que integrar el sistema en una regulación general, descentralizar funciones y establecer esquemas de financiamiento generales, son las estrategias centrales establecidas en ambos casos para alcanzar la meta de la equidad y el acceso, pero eso es solo una lectura superficial. Las diferencias entre un sistema único de salud concebido desde una perspectiva que incorpora la necesidades en salud como parte de un derecho universal ciudadano y otra que se integrará promoviendo la visión de que los ciudadanos deben ser más “responsables” con el cuidado de su salud y que aboga por la intervención del mercado y la libre elección es completamente dispar y contrastante.

La consolidación del SUS brasileño siguió una serie de estrategias para implementar la atención universal ciudadana mediante tres maniobras generales fundamentalmente: A) La descentralización del Ministerio

de Salud, que actualmente funge como órgano rector de la política en salud. B) La implementación de un esquema de financiamiento público tripartita, con aportaciones del Gobierno Federal, Estatal y Municipal en porcentajes diferentes que se concentran en el Fondo Nacional de Salud C) La creación de organismos intermediarios entre las tres instancias que promueven leyes generales válidas para todas las instancias (Brasil, Ministerio de Salud, 2002).

Por otro lado, el Plan Nacional de Salud (PNS 2007-2012; México, Secretaría de Salud, 2006) establece como estrategia necesaria para la mejora en la calidad y acceso a los servicios de salud la integración del sistema de salud mediante el MIDAS que busca dar respuesta a los requerimientos de salud en el futuro mediano y reorientar el sistema de salud hacia un escenario de 25 y 50 años. Los principios del MIDAS de acuerdo al PNS eran los siguientes: a) El paciente / población en el centro del sistema. b) Libre elección c) Reconocimiento de la diversidad de necesidades d) Flexibilidad de respuesta e) Adaptación a la velocidad de desarrollo tecnológico f) Continuidad de atención, etc.

Hasta aquí se han presentado los rasgos generales de dos visiones en torno a las necesidades en salud que divergen en lo más fundamental. A la consolidación del SUS brasileño le siguen acciones estatales que buscan fortalecer el carácter de universal del derecho a la salud, en tanto que las acciones sugeridas en el MIDAS y su modelo de financiamiento “integrado” transitan muy de cerca con la idea de la libre competencia con el indeseable resultado de transferir recursos y atribuciones públicos al libre mercado, con la consecuente mercantilización de la salud que ello conllevaría. Para un análisis más a fondo de esta cuestión puede revisarse las siguientes referencias: Laurell y López (1996); Castro (1997); López y Blanco (2001).

La comparación entre el SUS brasileño con el MIDAS mexicano sigue siendo válida pese a que este último haya desaparecido. Hay que llamar la atención sobre este hecho, puesto que aunque sea de relativa importancia que el MIDAS haya sido suspendido, ello no significa que los principios y propósitos con los cuales fue planteado desaparezcan junto con él. En otras palabras la desaparición del MIDAS no implica la extinción de

la visión (neoliberal) de fondo que le dio fin y forma; asimismo no todo se ha frenado, puesto que el Seguro Popular continúa en funcionamiento. Lo más probable es que afloren nuevos mecanismos gubernamentales que busquen implementar las estrategias anteriormente citadas por otras vías, en un momento más propicio.

Cabe observar que en el PNS mexicano se ven cristalizadas con mayor claridad las propuestas del grupo de la Nueva Salud Pública, así como las recomendaciones del Banco Mundial referidas a hacer eficiente el gasto en materia de salud y al mismo tiempo ampliar la cobertura de servicios básicos (BM, 1993). Al parecer, el PNS es una respuesta a las exigencias del BM pasadas por los filtros de los criterios específicos de la Nueva Salud Pública, que buscan conciliar metas de costo eficiencia con las de equidad y derechos. Por lo que se lee en las intervenciones propuestas se deduce que en realidad el énfasis está en la libre elección del libre mercado y a la paulatina imposición explícita de la “libre competencia”, entre las instituciones prestadoras de servicios de salud que gradualmente tendrían que competir entre sí para captar la mayor cantidad de recursos del Estado mediante el esquema de financiamiento del Seguro Popular”.

Al parecer todavía existen muchas sombras que cubren los “verdaderos” objetivos planteados en las nuevas reformas en salud y el panorama se oscurece un tanto más con la desaparición del MIDAS. Sin embargo las estrategias aún implementadas en el Seguro Popular para alcanzar la “meta de la equidad en el acceso a los servicios de salud” nos dicen algo respecto a ello. Sin entrar en un análisis crítico, el PNS da la impresión de carecer de coherencia interna. De lo que no carece es de un pretendido pero fallido intento de unificación de perspectivas diferentes: la de los derechos ciudadanos y la del proyecto del liberalismo y del libre mercado, cuestión que constituye el foco de la discusión aquí presentada.

La comparación con Brasil ha cumplido su cometido, por tanto se abandona aquí, no sin antes dejar de resaltar el papel central que tiene la acción colectiva en los modos de hacer política de una sociedad, para dimensionar adecuadamente las condiciones sociales en las que suceden las “concesiones” estatales y no

verlas como simples dádivas de poder. El asunto es sobradamente mucho más complejo y Santos (1998a) formula algunas cuestiones pertinentes sobre la lógica estatal y las luchas sociales. No obstante, para los fines de este texto es suficiente con esbozar en primer término la dimensión que tiene lo político en todas las sociedades y especialmente en aquellas donde se presentan al unísono la democracia y el liberalismo como si fueran proyectos complementarios, no contradictorios.

Son precisamente las contradicciones entre democracia y liberalismo las que permiten la existencia de una diversidad de modos heterogéneos de hacer política que dan resultados tan distintos como los encontrados en Brasil y México en materia de políticas de salud.

III. Consideraciones teóricas breves. La política y sus contradicciones: Neoliberalismo, Estado y Contrato Social

Una de las cuestiones centrales para el desarrollo de este ensayo es discutir sobre los procesos histórico-sociales que desembocaron en la conformación de la relativa autonomía del Estado capitalista moderno. Primero habrá que evocar a qué se refiere dicha autonomía y qué implicaciones tiene, para después discutir respecto a su emergencia y consolidación; y además, su uso político.

La discusión respecto a la relativa autonomía del Estado moderno capitalista fue introducida en el pensamiento crítico por Nicos Poulantzas (1991) que se distancia de la visión clásica marxista que considera al Estado como una herramienta más de la clase dominante que se legitima e impone fundamentalmente mediante los mecanismos de la ideología y de la represión.

El punto de inflexión sobre el que introduce el debate es la insuficiencia del binomio represión-ideología para explicar la dinámica del Estado. Con respecto a la ideología Poulantzas considera que no existe un discurso unificador permanentemente enmascarado que avanza sólo mediante el secreto y el engaño, por el contrario afirma la existencia no de un solo discurso, sino de varios en el ámbito estatal y que son más o menos explícitos en sus propósitos y fines. Es decir, muy a

menudo el Estado declara abiertamente las tácticas de la reproducción de su poder. Considera además que no se puede confundir la reproducción de la ideología con “la simple ocultación” o disimulación de los propósitos del Estado (Poulantzas, 1991).

Y refiriéndose a la represión Poulantzas afirma que el Estado actúa también de manera positiva; crea, transforma, produce realidades y actúa también mediante la producción de un sustrato material del consenso de las masas respecto al poder. Hay un consenso social mediante el Estado pero dicho consenso posee un sustrato material, es decir el Estado efectúa una serie de medidas materiales positivas para las clases populares (Poulantzas, 1991). Por otro lado Poulantzas considera que dividir de manera nominalista los aparatos del Estado en ideológicos y represivos es discutible, ya que dependerá de las fases de reproducción del capitalismo el papel que ejercerán (Poulantzas, 1991).

En un sentido general, la conclusión de Poulantzas es que el Estado capitalista posee una autonomía relativa con respecto a la base económica. Afirma también que la autonomía relativa del Estado se debe a un hecho estructural propio de este modo de producción: “la articulación de lo económico y de lo político en ese modo de producción está caracterizada por una autonomía –relativa– específica de esas dos instancias” (Poulantzas, 1969: 25).

La relativa autonomía del Estado moderno y su tránsito por diversas fases de regímenes de gobierno (liberal, social o benefactor, neoliberal) parece no ser sólo el resultado de una particularidad del modo de producción capitalista. Si bien es cierto que las concesiones del Estado capitalista fueron para sectores estratégicos de la producción (García, 1981), cualquier intervención del Estado mediante la política pública más allá del mínimo necesario, y especialmente como es el caso del Estado de Bienestar, es injustificada desde el punto de vista de la racionalidad económica del capitalismo que hace del libre mercado el principal satisfactor de necesidades.

La pregunta de fondo es ¿cuál es la especificidad política de dicha autonomía más allá de su determinación estructural económica de base?, ¿por qué se constituye

de manera diferenciada en los diversos regímenes de Gobierno? Más aún, ¿por qué en la fase actual del capitalismo se reformulan los antiguos postulados del liberalismo? Consideremos que para dar respuestas a estas preguntas debemos reflexionar sobre la especificidad política de los regímenes de gobierno.

La relativa autonomía de Estado moderno parece ser más el producto de una cristalización de la correlación de fuerzas antagónicas. Ello no quiere decir por supuesto que el Estado atienda todas las demandas de los sectores de la sociedad ni tampoco que las resuelva de la manera en que se le plantean. Es decir, tiene las características de un árbitro aparentemente imparcial porque nace del conflicto social, y del hacer política de las luchas sociales, que le dieron forma y contenido a su estructura y que establecieron en él un campo común en disputa.

Ello se debe quizás a que históricamente en las sociedades occidentales (a excepción de los movimientos socialistas que hicieron evidente la dimensión política de la economía) lo que se ha politizado (valga la redundancia) en un sentido específico son las estructuras del poder político explícito. De ahí que con la emergencia de ciertos movimientos “revolucionarios” de Europa occidental como la revolución francesa (que se puede calificar de Revolución burguesa), la burguesía le hizo la guerra a la aristocracia para destronarla y establecer las condiciones generales de la emergencia del Estado Liberal; y de la posterior expansión del capitalismo en Europa (Knight, 1986).

Por ello “la mistificación neoliberal, ideología oficial del Estado capitalista del siglo XIX presentaba a su Estado como opuesto a los privilegios de nacimiento o por derecho divino...” (De la Garza, 1994: 60). Y el naciente capitalismo en vías de expansión necesitaba abolir los privilegios de nacimiento de la aristocracia para dar lugar a la expansión económica que precisaba de fuerza de trabajo libre. Es decir, el ascenso de las burguesías al poder coincide más con la creación de lógicas liberales atadas al discurso de los derechos individuales y la libertad, que con la conformación de una idea de igualdad fundada en los derechos sociales que emergen de la mano de la social democracia europea.

Las “concesiones” del Estado hacia las clases subalternas invariablemente han sido **un asunto político** y esto queda completamente claro en muchos sentidos, dado que la racionalidad del (neo) liberalismo siempre estuvo en oposición de cualquier idea de igualdad (de hecho la acepta como un hecho natural) y de intervencionismo estatal para remediar la desigualdad: “el concepto de igualdad vs el de libertad no le fue consustancial, en todo caso, el bienestar general se derivaría del individual. Fue la lucha social y política del naciente proletariado del siglo XIX la que presionó hacia la igualdad política y la distribución igualitaria de los bienes o bien hacia una abolición del capitalismo” (De la Garza, 1994).

Los derechos sociales y la democracia como procedimiento (aunque reducida a una oligarquía liberal y acotada solo al voto) fueron arrebatados mediante la lucha social. Asimismo no es exacto asimilar que el liberalismo y la democracia pugnen por el mismo tipo de derechos o que conformen un régimen coherentemente unificado. La tradición liberal en torno a los derechos es más de corte individualista, busca por su parte la no intervención del Estado y la consolidación de las grandes propiedades privadas y del libre mercado como regulador de la sociedad, aunque en un primer momento contemplen cierta regulación Estatal a las actividades económicas.

Como podemos constatar en la emergencia del Estado de bienestar “La decadencia del liberalismo fue resultado no del triunfo teórico de un paradigma alternativo, sino de las luchas sociales y políticas del siglo XIX y principios del XX: el auge del movimiento socialista y la decadencia del asistencialismo cristiano” (De la Garza, 1994: 62).

Lo inexplicable, por lo menos en los términos de la racionalidad económica liberal fue la emergencia del Estado de Bienestar, porque el retorno del liberalismo clásico mediante su reformulación en el neoliberalismo es más claro si reflexionamos, he de insistir en este punto, que la racionalidad del capitalismo nunca ha considerado idea alguna de igualdad (necesita de la desigualdad para funcionar y la justifica ideológicamente) ni de resolución de necesidades por otra vía

que no sea el mercado. De hecho relega al Estado todo aquello que no es rentable, pero si necesario socialmente.

El (neo) liberalismo estatal ha aprendido de sus errores por ello ahora sus intervenciones en materia de política pública retoman la lógica del mínimo necesario, pero no del mínimo necesario para la subsistencia del la fuerza de trabajo, sino el mínimo necesario en términos políticos, es decir el mínimo para evitar el conflicto social.

El liberalismo siempre ha manifestado que su proyecto económico debe funcionar independientemente de las disputas políticas, obviando por supuesto que se trata de un doble discurso dado la estrecha correspondencia entre política y economía. Lo que se busca es ocultar el carácter capitalista del Estado mismo y del cual se hace uso para establecer políticas acorde con los intereses del capital, además de cristalizar su racionalidad en la estructura del Estado no sólo en un sentido económico sino político. El neoliberalismo retoma la estrategia ideológica de la escisión entre política y economía para ocultar su funcionamiento en el ámbito Estatal, pero finalmente no resuelve todo de acuerdo a su lógica, dadas las contradicciones existentes en el mismo Estado.

No he tratado de decir que la democracia y los derechos sociales tal y como los conocemos sean la panacea ni el medio para resolver cuestiones que tienen un origen estructural. A lo que se quiere apuntar es a concebir el espacio de hacer política en la sociedad (no sólo la política formal del Estado) como un campo en disputa resultado de los procesos históricos de lucha social que le proveen de cierta autonomía al Estado y prueba de ello es el Estado de Bienestar. Que paradójicamente haya funcionado para mejorar relativamente las condiciones del proletariado al mismo tiempo que aumentó el motor del consumo no es un hecho claro que se deba directamente al capitalismo (Castoriadis, 1996b), que de facto actúa al sentido contrario tratando de resolver la contradicción entre los derechos sociales y la lógica de mercado presentes en el Estado, privilegiando por supuesto al mercado por encima de cualquier idea de democracia social.

Lo cierto es que el Estado tiene sus propias estrategias de poder para mantener su lógica y su reproducción. Como ejemplo de ello tenemos la relativa incorporación de los derechos al ámbito estatal. Como argumenta Santos (1998a), la pugna por los derechos se vuelve una lucha estabilizadora una vez que ha sido asimilada por el Estado. En ese sentido, el aparato estatal es realmente eficiente para incorporar las demandas y traducirlas en formas más convenientes para sostener su estructura.

IV. Políticas en salud y Estado mexicano: desde la conformación del relativo contractualismo hasta las reformas del neoliberalismo

De un modo general, es posible caracterizar los regímenes de política pública por medio de sus expresiones más específicas como son las políticas públicas en salud. Y respecto a ello se puede identificar los periodos generales de transición entre las fases de los regímenes del Estado capitalista mediante la descripción de las políticas públicas determinadas en un momento histórico, que responden en un sentido hegemónico a las necesidades estructurales de la expansión capitalista; y en otro sentido no menos importante y con sus respectivas adecuaciones y acotaciones; responden también a ciertas demandas sociales (Offe, 1984), particularmente a las referidas al aparato productivo y a la fuerza de trabajo, lo que constituye la conformación del contractualismo del Estado moderno (Santos, 1998b).

Si bien es cierto que la implementación de políticas públicas en salud en los tres periodos del Estado Mexicano (1880-1930 conformación de la medicina de Estado, 1940-1980 políticas productivistas y 1982 a la actualidad, políticas neoliberales) responde más a una cuestión estructural del sistema capitalista, se considera además que la relativa pluralidad de estrategias implementadas por el Estado mexicano durante el periodo de las políticas productivistas, en las que se incluyen ciertos componentes de seguridad social sin llegar a establecer como tal un sistema de bienestar social, así como su instrumentación responde más a una configuración estratégica del hacer política del Estado, sin por ello escindir la relación intrínseca entre política y economía.

Queda claro que la implementación de políticas públicas favorables para las clases dominadas no es una simple cuestión de la voluntad de los actores sociales, ni de su acción colectiva solamente, sino más bien un proceso sociopolítico complejo donde el Estado pone en acción su lógica de poder e instrumenta mecanismos propios de su legitimación y se sitúa aparentemente por encima de los intereses de clase. Asimismo, los relativos acuerdos interclasistas de la Alianza mexicana por el progreso de los años cuarenta se constituyen coyunturas históricas que convergen con otra serie de procesos económicos políticos e ideológicos. “Aquí, el Estado —anterior al capital, y por lo tanto relativamente autónomo de él— se vuelve el motor principal del desarrollo mexicano, y el surgimiento del Estado domina la historia mexicana (al menos desde la Revolución)” (Knight, 1986:14).

Volviendo sobre la cuestión de las políticas en salud hagamos hincapié en la relación entre economía y salud para el caso de América Latina. Durante el periodo de 1880-1930 los países latinoamericanos como parte de su estrategia gubernamental instituyen órganos de sanidad de carácter nacional. Ello implica el inicio de un proceso de creación de servicios de salud centralizados que adquieren atribuciones de carácter federal, medida que se lleva a cabo como parte de la transformación necesaria para la implantación del capitalismo, de modo que se interviene en sitios específicos de producción, comercio y movilización de mercancías: en otras palabras, los sectores intervenidos tienen que ver con los más importantes para los capitales internacionales, particularmente los referidos a la producción de materias primas y productos alimenticios (García, 1981).

Con el establecimiento de dichas intervenciones sanitarias podemos descubrir el carácter general que cobran como hecho histórico: se trata del surgimiento de la moderna medicina estatal en América Latina que conlleva la creación de órganos centralizados de Estado encargados de la sanidad como foco de atención de la injerencia Estatal. Dicho fenómeno está directamente ligado con la acumulación originaria del capital, que en América Latina tuvo un desarrollo más lento y una escisión menos clara entre productor y medios de producción, de modo que la medicina estatal no se expandió a la misma velocidad que la europea y

ni siquiera la beneficencia pública se expandió como tal, más bien tuvo un desarrollo limitado similar a anteriores periodos (García, 1981).

Hay que especificar que la implementación de la sanidad estatal siguió un relativo largo proceso de instauración con la sucesiva creación de órganos estatales y con la consolidación de funciones y atribuciones, de ahí que al principio de su conformación su intervención fuese más bien inmediata y estuviese restringida a asuntos de mayor relevancia para el comercio y la producción (García, 1981).

El arbitraje médico estatal antes de este periodo, estaba caracterizado por dos modalidades de intervención principalmente, la beneficencia pública que se dedicaba a atender a pobres y la sanidad estatal que era un órgano subordinado a la jurisdicción (Álvarez, et al, 1960) y que sólo emitía recomendaciones de carácter normativo, que serían efectuadas por los municipios. “Los hospitales de la beneficencia, aun en los países en donde el Estado participa en su administración, eran fundamentalmente custodiales y dirigidos a enfermos ‘pobres’, similares, en sus acciones, a las instituciones de la Colonia y de principios de la independencia; por consiguiente, no parecen corresponder exactamente a lo que hoy denominamos atención médica o medicina curativa” (García: 1981:78).

La emergencia de la vigilancia médica como una acción instrumentalizada por el Estado constituye además un objeto del análisis político. Las articulaciones entre medicina y política son diestramente descritas por Foucault (1979) en diversas partes de su obra; sobre todo cuanto trata cuestiones referentes a la medicina como práctica social. Sólo que su análisis sobre la práctica médica hace énfasis en el surgimiento de los nuevos dispositivos de poder que llevaron a la formación de la biopolítica, como parte de los componentes del Estado moderno.

Así pues podemos observar en la conformación de los Estados modernos occidentales la ejecución y consolidación de ciertos mecanismos del poder que se constituyen mediante la implementación de la medicina de Estado. Estos mecanismos de poder se avocan al control normativo de las sociedades por medio de dos

planos de distinta superficie: por un lado la disciplina corporal individual; y por otro, la biopolítica que se constituye por medio de la intervención estatal en las poblaciones con respecto al fenómeno de la vida (Foucault, 1979).

Sin embargo, hay que resaltar el hecho de que en la emergencia y consolidación de la medicina de Estado latinoamericana no ocurre el mismo proceso que en Europa occidental donde la compleja articulación entre formas de derecho y “normas de la vida” es introducida, al menos implícitamente, a debate mediante el establecimiento del contractualismo (Santos, 1998b) del Estado de Bienestar, proceso que posteriormente se constituirían en la conformación del derecho a la vida, y más aún, el derecho a la vida en buen estado de salud de las sociedades europeas del siglo XIX y XX (Foucault, 1979).

Por otro lado, los nexos entre economía y práctica médica se hacen visibles mediante la caracterización de los procesos económicos de América Latina que llevan a la intervención Estatal en el campo de la sanidad. La principal estrategia que revoluciona la medicina como medio de intervención en los procesos productivos en Europa es la mayor extracción de plusvalía relativa, en el caso de Latinoamérica se logra dicho objetivo al atacar a las enfermedades debilitantes y al hacerse cargo de los efectos de las altas cargas de trabajo. De esta manera “El Estado oligárquico-liberal que representa a la burguesía capitalista incorpora entre sus funciones las actividades médicas relacionadas con sus intereses económicos y lo hace con el rasgo autoritario que le caracteriza” (García: 1981:77).

La salubridad se constituye entonces un sector estratégico y la creación de servicios nacionales de sanidad “fue la respuesta necesaria del Estado liberal-oligárquico para resolver los problemas de salud que afectaban los intereses económicos de la burguesía local y el capital monopólico” (García, 1981: 78). Sin embargo la intervención médica estatal desarrollada hasta antes de ese periodo (1880-1930) tenía el rasgo de ser estrictamente de sanidad, ya que la implantación del capitalismo en América Latina no pasó por una revolución burguesa (en el caso de México si ocurre aunque tardíamente) de ahí que el Estado “no busque

transformar la atención médica para orientarla a la manutención y recuperación de la fuerza de trabajo” (García, 1981: 79) dado que este periodo aún impera la extracción de plusvalía absoluta.

En México, a partir de la década de los treinta la intervención estatal médica adquiere una relevancia mayor y se articula con el modelo de desarrollo económico. De los treinta a los cuarentas el Estado acentúa su intervención en el aparato productivo todavía mediante modelos de extracción de plusvalía absoluta hasta la posterior conformación de una multiplicidad de instituciones de salud que tiene más o menos las mismas tareas y que contribuye a la posterior extracción de plusvalía relativa (Hernández-Llamas, 1982).

A la mitad de este periodo, la intervención del Estado en el terreno de la salud se enfoca más en las formas y relaciones de producción, tanto en el ámbito rural como en el urbano; y al mismo tiempo se consolida el enfoque hegemónico en el campo de la salud que servirá para mantener y recuperar la fuerza de trabajo, esencialmente la industrial. En ese mismo sentido, pese a que el ámbito rural fue siempre considerado un lugar estratégico para la producción y en razón de ello se planearon importantes intervenciones en materia de salud, la fuerza de trabajo en el campo no fue cubierta suficientemente por los servicios de salud, primero por la escasa infraestructura, concentrada en su mayoría en la ciudad; y segundo por la débil implementación de programas (Hernández-Llamas, 1982).

Hay dos hechos de suma importancia para comprender la acción colectiva de los actores sociales que obtuvieron importantes conquistas y que no deben ser minimizadas dado el marco sociopolítico en el que ocurren. Primero hay que caracterizar la estrategia política del Estado: la revolución se institucionaliza, es el discurso ideológico sobre el que se conforma el régimen de partido único, así como su estructura corporativa que derivaría en autoritarismo años más tarde. La habilidad del partido único reside en la integración corporativa de los diversos sectores de la población al proyecto del Estado mexicano, de este modo los grandes sindicatos obreros y de campesinos paulatinamente van cediendo poco a poco hasta que se integran como parte de la estructura estatal corporativa, perdiendo su sentido

original y fungiendo como instrumentos de control del Estado. En ello corroboramos lo que dice Santos (1998a) con respecto a la capacidad del Estado para incorporar demandas sociales y traducirlas en hechos que convengan a su estructura, desposeyéndolas de su sentido original y al mismo tiempo, estabilizándolas en su estructura. Los sindicatos son en realidad integrados al aparato institucional, y adecuados a los intereses del Estado.

Antes de la paulatina incorporación estructural de los grandes sindicatos, tiene lugar un suceso importante en términos de las políticas productivistas (Offe, 1995) del Estado mexicano que es la Ley del Seguro Social, promulgada en enero de 1943. Una ley que iba claramente dirigida a responder a los intereses del capital de mantener y recuperar a la fuerza de trabajo, así como la creación de fondos monetarios adicionales (Hernández-Llamas, 1982).

La implementación de la ley despierta las más diversas reacciones y posiciones del movimiento obrero al respecto. Algunos sindicatos se oponen frontalmente a esa ley debido a la incertidumbre que generaba con respecto a la conservación de beneficios logrados por sus actividades políticas y establecidas ya en los contratos colectivos. Es decir, las organizaciones obreras se oponían a la Ley del Seguro Social en la medida que querían resguardar sus conquistas laborales (Hernández-Llamas, 1982). Interesante movimiento del Estado mexicano ya que establece las condiciones para la posterior homogeneización de las estrategias del gobierno sobre estos sectores de lucha. Es decir, el resultado a largo plazo fue la institucionalización de las demandas obreras en el Estado, para que posteriormente siguieran procedimientos ajustados a la dinámica estatal.

De este modo el Estado mexicano establecía un poderoso mecanismo de control basándose en la coyuntura histórica presente donde existía una relativa convergencia interclasista que funcionó para garantizar la fuerza de trabajo y como un impulso más para la acumulación de capital (Hernández-Llamas, 1982). La mencionada convergencia interclasista en un sentido general fue lograda políticamente y no fue simplemente impuesta, (lo que no significa que el conflicto de clase haya

desaparecido). La llamada “Alianza para el progreso” por los términos en los que se desarrolla posteriormente debió negociarse, y de hecho fue negociada aunque en los términos corporativo-autoritarios del Estado mexicano que buscaba coaliciones para el impulso de su proyecto económico. Dicha coyuntura resultó relativamente propicia para la aplicación de políticas públicas favorables a las clases trabajadoras.

No obstante, no todo queda allí como habría de suponerse, pues la acción colectiva empuja a la ampliación del sentido de la ley propuesta por el Estado: “El haber logrado la incorporación inmediata de sus familiares al seguro social, representa un importante triunfo de los trabajadores, al imponer al Estado y la clase patronal un objetivo más amplio para la institución: coadyuvar a la reproducción de su fuerza de trabajo, más allá de su mantenimiento y recuperación, como pretendían los intereses patronales” (Hernández-Llamas, 1982:65). Esta reconceptualización de la ley así como su ampliación fue resultado de la acción colectiva de los actores sociales que no puede ser ni minimizada ni reducida en su especificidad.

El segundo hecho de suma importancia que sirve para caracterizar la acción de los actores sociales se refiere a la formación del ISSSTE: “Es necesario señalar que el decreto de ley para crear el ISSSTE se expide un poco después de una violenta huelga del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación uno de los más grandes del país”. Hernández-Llamas es escéptico al respecto: “Si bien la creación del ISSSTE pudiera interpretarse como respuesta más o menos directa a las presiones de un determinado grupo social, en este caso los trabajadores del Estado, *es porque*⁷ se utilizan estos modelos del aparato estatal para el mantenimiento hegemónico de las clases en el poder” (Hernández-Llamas, 1982: 81). Esto es verdad como ya se ha analizado desde la perspectiva de Santos (1998a), pero es esta respuesta del Estado y no otra la que se lleva a cabo, y esa especificidad es resultado también de la acción colectiva en un momento coyuntural.

El hecho es que durante la década de los cuarenta y primeros años de los cincuenta se impulsa la construcción de infraestructura hospitalaria, se promulga la

Ley del Seguro Social, de modo que se generaliza la prestación de servicios médicos, como estrategia necesaria para reforzar la hegemonía del bloque dominante en la estructura social mexicana. Las instituciones de salud adquieren una connotación de espacios de poder en la medida que constituyen una legitimación de las relaciones sociales (Hernández-Llamas, 1982) y de la actividad del Estado.

Posterior a estos acontecimientos de significancia colectiva, el rumbo que toman las políticas públicas en salud en el país es variado. De los años cuarenta a los sesenta el sector salud tiene una baja prioridad para el Estado, hay poco crecimiento en las instituciones y la cobertura disminuye significativamente. Pero al mismo tiempo se aumenta la ampliación de la asistencia pública y de la seguridad social. Es decir, la atención médica en específico no sólo no crece sino hasta retrocede, el IMSS atraviesa una crisis financiera que inspira a la tecnocracia mexicana las ya conocidas reflexiones en torno a papel que debe jugar el Estado con respecto a la seguridad social. En otras palabras, la crisis financiera del Estado “impide materializar proyectos de expansión de coberturas tanto de asistencia pública como de seguridad social” (Hernández-Llamas, 1982: 54).

La creación de la figura de la asistencia social es concebida bajo este marco como una estrategia necesaria, destinada al mantenimiento de la fuerza de trabajo desocupada. Tiene sus antecedentes “en 1936 *cuan-*do⁸ se inicia dentro del departamento de salubridad pública un programa para instaurar centros sanitario-asistenciales en algunas zonas rurales” (Hernández-Llamas 1982:56). No obstante, estrictamente hablando dichos servicios rurales no son asistencialistas, ya que fueron los primeros en incorporar un financiamiento compartido entre el Estado y el grupo beneficiado y sirven de antecedente para el posterior esquema de financiamiento del IMSS.

Junto con las determinaciones estructurales en la producción de servicios médicos habría que considerar su articulación política. En la conformación del *Welfare* hay un reconocimiento de que el Estado ha de aumentar su responsabilidad con respecto a un mínimo de bienestar garantizado por vía de los derechos sociales, de

⁷ Las cursivas son mías.

⁸ Las cursivas son mías.

modo que al Estado le toca resolver las dificultades de los diferentes grupos sociales que impidan el disfrute de este derecho (Hernández-Llamas, 1982).

En estos modelos de bienestar social, la universalidad se entiende mediante su relación con la ciudadanía, concepto pilar de los Estados modernos que refiere que todo individuo, por el simple hecho de serlo, debe estar representado en el Estado mediante la satisfacción del interés común. Esta idea general y abstracta tiene su expresión concreta en el hecho de que todos los ciudadanos tienen los mismos derechos, que todos los individuos deben tener acceso a todos los bienes sociales administrados por el Estado. En materia de salud, los denominados Estados de bienestar reconocen que las diferencias sociales generan riesgos a la seguridad que no pueden ser enfrentados por el individuo aislado (Tetelboin et al, 2005: 81).

Dicho teóricamente, los modelos de bienestar contemplan en su implementación de políticas la dimensión social del proceso salud-enfermedad; muy distante teórica e filosóficamente de lo que el capitalismo y sus corrientes ideológicas sostienen, basadas en el individualismo. Pero eso es otra cuestión que valdría la pena analizar en otro espacio, sólo recalco que detrás de toda acción política no existe el poder, por el poder mismo, sino un determinado proyecto que implementa acciones en razón de una cierta visión del mundo.

No obstante, para analizar la verdadera magnitud y alcance de la política implementada, habría que tomar en cuenta la cuestión teórica de la *naturaleza* del Estado moderno y su relativa autonomía. Es necesario revisar con mayor profundidad la relación estructural que guarda el Estado con el modo de producción capitalista para comprender cabalmente la emergencia del *Welfare* y las acciones políticas que de él se derivan.

Para tal fin, habrá que puntualizar las intervenciones del Estado en el ámbito del Bienestar social y particularmente las intervenciones en el campo de la salud, precisamente para “explicar el origen y desarrollo-conflictivo y contradictorio- de las políticas y prácticas estatales en el sector salud”(Hernández-Llamas, 1982:

50”) que son expresión de una sociedad que condensa sus contradicciones en el accionar político estatal. Es decir poner de manifiesto cuales son las estrategias políticas que se siguen y como éstas aparecen en el accionar del Estado en su relación con la sociedad; como un objeto teórico específico, no derivado automáticamente o unilateralmente de las determinaciones económicas.

Mediante estos principios, el Estado mexicano desarrolló una política social y de salud con la cual el conflicto producido por la contradicción entre el capital y el trabajo está mediado por esta relación y amparado en el contrato colectivo de trabajo. Por un lado, no sólo no trastoca el modo de producción, basado en la acumulación de capital, sino que además contribuye a ésta; y, por otro lado, da respuesta, siempre parcial, a las principales demandas de la población (Tetelboin, et al, 2005: 82).

Pese a que México no implementase como tal un régimen político de Estado de Bienestar en su sentido pleno (el financiamiento de políticas de bienestar para los no trabajadores mediante la actividad productiva de los trabajadores en un esquema de seguridad social basada en la solidaridad), lo cierto es que durante el periodo que va de 1940 a 1980, se establece las instituciones de seguridad social como parte de las estrategias del Estado ante las necesidades de la expansión del capital y como resultado también de la tensión política donde está presente la acción colectiva de los actores sociales⁹.

Posterior a este periodo a partir de los años ochenta, particularmente durante el sexenio de Miguel De la Madrid (1982-1988), comienza un reviraje radical en

⁹ El Estado de bienestar no es el resultado de una complicada planeación de la clase dirigente disfrazada de interés social que irremediamente ocurre de acuerdo a los intereses del poder o la dominación. También es el resultado de una sociedad que está fuertemente politizada y que empuja hacia el reconocimiento de ciertos derechos, no sólo de las necesidades de expansión del capital. En él también podemos observar la eficiencia del aparato estatal para incorporar demandas sociales y traducirlas en formas más convenientes para su estructura (Santos, 1998a), pero ese proceso específicamente lo que hace es reproducir la lógica de poder del Estado. De modo que si el Estado de bienestar ayudó a expandir el motor de producción esto fue un hecho paradójico, no algo planeado desde la racionalidad económica, que anule toda especificidad política de su emergencia y funcionamiento.

torno a la dirección que había tomado las acciones implementadas por el Estado mexicano en materia de protección social (Warman, 1994). Esta situación se acentúa tras la elección de Carlos Salinas de Gortari en 1988 para fortalecerse finalmente durante la presidencia de Ernesto Zedillo (1994- 2000).

Las reformas neoliberales (RN) empezaron a gestarse a partir de la crisis económica de los 80s, que obligó a muchos países latinoamericanos a solicitar préstamos del FMI y del Banco Mundial (BM). Es así como el BM comenzó a promover la descentralización del sector y la privatización de los servicios. El Informe Invertir en Salud del BM plasma su visión neoliberal para el sector, elaborada con la participación de asesores internacionales, entre ellos el mexicano Julio Frenk (Homedes y Ugalde, 2011: 2690).

A partir de la intervención de los citados organismos internacionales, comienza a operar progresivamente dentro del Estado mexicano la implementación de políticas neoliberales que busca desarticular el sistema de seguridad social resultante del régimen anterior. Durante el mandato de Carlos Salinas de Gortari, se le retira al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la administración del fondo de las pensiones para delegárselas a instituciones privadas. Mediante este movimiento el IMSS pierde una cantidad importante de fondos con los cuales financiaba sus operaciones al mismo tiempo que dichos fondos pasan a formar parte de “una transferencia masiva... del sector público al privado” (Laurell, 1996, en Tamez y Eibenschutz, 2008: 134).

Bajo la óptica neoliberal se reformula la política pública y cobran importancia las acciones focalizadas contra la pobreza provenientes de una lógica asistencialista, dejando de lado la idea de derecho universal ciudadano sostenido; con sus bemoles por supuesto, durante el régimen de bienestar. En dichas intervenciones de combate contra la pobreza todavía se incluyen la atención a la salud como algo que depende de la responsabilidad del Estado. Esto cambia durante el sexenio de Zedillo que es cuando se “expresan con mayor claridad las intenciones del Estado mexicano de adoptar al pie de la letra las recomendaciones del Banco Mundial

y del Banco Interamericano de Desarrollo” (Tamez y Eibenschutz, 2008: 134-135).

La reforma del sector salud de 1995-2002 da continuidad a la reforma neoliberal iniciada en los años ‘80. La reforma sanitaria del sistema público de salud y de seguridad social de esos años estuvo dominada por los cánones de la reforma neoliberal del Estado conformando un nuevo modelo que no mejoró la equidad en salud (Linares y López, 2009:254).

Actualmente el Estado mexicano lleva a cabo un proceso de franco desmantelamiento de las instituciones públicas de salud, que comienza abiertamente luego de la crisis financiera de 1994. Es durante ese año que teniendo de trasfondo un préstamo “condicionado” de Banco Mundial se efectúa la reforma a la ley del IMSS (Laurell, 2011). Asimismo con la firma del Tratado de Libre Comercio entre México, Estados Unidos y Canadá, en ese mismo año, se discute la posibilidad de incluir a la salud dentro de las mercancías a intercambiar. Los “sociólogos” de la salud pública vieron esto como una oportunidad de modernizar los servicios de salud en México (Castro, 2003).

El proceso de separación de atribuciones en las instituciones públicas ha seguido un largo proceso que no presupone una franca confrontación entre las políticas que piensa impulsar el Estado y los intereses mismos de los prestadores de servicios de salud públicos y de sus afiliados. El Estado neoliberal mexicano ha sido bastante sutil en las medidas que ha ido implementando, concretando recientemente en 2007 la reforma al ISSSTE, la cual sigue al pie de la letra las pautas marcadas en la del IMSS (Laurell, 2011). Bajo el pretexto de reducir el excesivo gasto público y la mala administración pública se desvía los recursos de las pensiones a las AFORES con la finalidad de concentrar esos fondos en la lógica de servicios bancarios que generan ganancias; asegurando además que serán mejor administrados por estas entidades financieras privadas.

Con este doble movimiento se logran múltiples objetivos al mismo tiempo. Los que saltan a la vista son dos principalmente: primero, producir desfinanciamiento y desgaste en las instituciones públicas (Laurell, 2011;

López y Blanco, 2007) segundo, se busca la separación entre entidades prestadoras de servicios de salud públicas y entidades administradoras y concentradoras de fondos, para así dar paso a la posibilidad de incorporar prestadores de servicios privados (Tamez y Eibenschutz, 2008). No obstante la teoría no ha resultado del todo correspondiente con las acciones finalmente tomadas por el Estado, ya que “la introducción de múltiples administradores de fondos y prestadores de servicios tanto públicos como privados... no ha prosperado. Una razón es la notable dificultad de desmontar una institución de grande tamaño y complejidad sin provocar serios tropiezos en la prestación de servicios. Otra es la pertinaz resistencia de los trabajadores del IMSS a su desmontaje” (Laurell, 2011: 2796).

Estos cambios que gradualmente se apegan más agresivamente a una racionalidad económica de costo-eficiencia comienzan desde 1983 con una serie de transformaciones del sector salud, que actualmente todavía se está implementando y cuyas modalidades se han venido proyectando desde ese entonces y que ya comienzan a ser mucho más evidentes en el PNS 2007-2012.

Como ya se ha mencionado, esa reconfiguración es parte de la “agenda de ajuste estructural capitaneada por los organismos financieros internacionales que pretendía disminuir el papel del Estado en la conducción del desarrollo económico y social” (Abrantes y Almeida, 2002: 980). Desde aquel entonces se plantea una reforma estructural en materia de salud que buscaría mejorar el acceso a los servicios de salud mediante la integración de los sistemas de seguridad social con los prestadores de servicios privados, regulados por la SSA; lo que se planteaba con el MIDAS. En aquel momento, la reforma no encontró la viabilidad necesaria sobre todo por la oposición del sector salud que llevo a cabo movilizaciones de sus facciones políticas (Abrantes y Almeida, 2002; Tamez y Eibenschutz, 2008; Homedes y Ugalde, 2011).

El primer intento de unificar las instituciones públicas de salud se hizo a finales de los ochenta. Al fracasar la unificación se inició un proceso de descentralización de la SSA en 1989; proceso que se frenó por problemas institucionales con

el virtual colapso de la atención médica que causó protestas populares importantes (Laurell, 2011: 2796).

Es decir, lo que ha relativamente detenido el indiscriminado avance de las reformas neoliberales en materia de sanidad han sido los mismos grupos sociales (tanto los que brindan los servicios públicos de salud y como los que acuden a ellos). Los cambios se efectúan de manera gradual **por razones políticas, más que por razones de logística o económicas.**

No se puede decir que luego de discontinuar el MIDAS, insisto en este punto, el Estado mexicano neoliberal haya renunciado al proyecto que puso en marcha desde la reforma al IMSS. Si bien es cierto que existió una transición de gobierno en el 2000 con el arribo del PAN al gobierno federal, ello no significó un retroceso a las reformas que se planteaba (Tetelboin y Granados, 2003), sino todo lo contrario, una consolidación de dichas propuestas, y como prueba de ello tenemos que Julio Frenk pasa a ser el secretario de salud durante el sexenio foxista, con lo cual sus propuestas se plasman concretamente en las acciones de gobierno.

Es decir, la intervención de los actores sociales de la nueva salud pública que comienza desde la década de los setentas, todavía con el sistema corporativo del partido único, se constituyen en oposición a las políticas en materia de salud que se había implementando hasta entonces, de modo que se plantea la necesidad de sustituir las prácticas clientelares-corporativas por unas “más sensibles” a las demandas de la población y por esquemas de financiamiento más viables y racionalizados, que hagan un mejor uso los recursos y causen mayor impacto en la salud de los desfavorecidos (BM, 1993; Frenk, 2004; México, Secretaría de Salud, 2006).

El Seguro Popular es la propuesta operativa del grupo de la nueva salud pública que continúa funcionando desde el 2004; se define como un programa de aseguramiento voluntario hecho para la población sin seguridad social. Su figura institucional aparece por primera vez en el 2003 en la Ley general de salud. Muchos autores coincide en que el seguro popular es el instrumento operativo por medio del cual se busca llevar a cabo los objetivos antes propuestos por el

MIDAS (López y Blanco, 2007; Tetelboin y Granados, 2003; Laurell, 2011; Homedes y Ugalde, 2011; Linares y López, 2009).

El seguro popular de salud –cuarta fase de la transformación neoliberal de la política de salud– es en esencia un instrumento de reordenamiento financiero, que propone disociar el financiamiento de la producción de servicios, conformar un fondo de salud integrado con diversas fuentes financieras y facilitar la participación de múltiples prestadores en la oferta de servicios (López y Blanco, 2007: 57).

El Seguro Popular posee numerosas falencias que le impiden claramente cumplir con su meta de “equidad en el acceso a los servicios de salud”. Su primera limitación radica en que se basa en un esquema restringido por un paquete de intervenciones, es decir no garantiza el acceso a los servicios de salud en todos los casos que requieran de atención, como sucede en las instituciones de seguridad social (Tetelboin y Granados, 2003). Al mismo es un programa que carece de infraestructura propia y depende de la administración estatal en gran medida, de manera que en los hechos, sólo ofrece una capacidad operativa recortada (Linares y López, 2009; López y Blanco, 2007; Laurell, 2011). El Seguro Popular “lejos de enfrentar los graves problemas del sector, fortalece la concepción minimalista de la garantía de derechos sociales y restringe el derecho constitucional a la protección de la salud” (López y Blanco, 2007: 60).

Los resultados de las evaluaciones al Seguro Popular efectuadas por grupos acordes con la visión de la nueva salud pública suelen ser bastante benevolentes (Hernández, 2001) en sus apreciaciones, e incluso promocionan abiertamente el “acierto” que ha significado el Seguro Popular para la sanidad pública, de acuerdo a los objetivos que se plantean.

En conclusión, los resultados del estudio sugieren que el SPS está cumpliendo con uno de sus principales objetivos al proteger financieramente a los hogares y de esta forma contribuyendo a que los hogares por el gasto en salud, no tengan que hacer grandes recortes a su presupuesto des-

tinado a otras necesidades (Hernández-Torres *et al*, 2008:30).

Estas reformas no ocurren al margen de la actividad política aunque sus objetivos sean claramente económicos. Los procesos sociales “inevitables” no existen, muchísimo menos una específica distribución del bien público debe ser asumida como algo natural que sigue a un determinado proceso. Hay acción política, movimientos y estrategias de actores sociales que impulsa un proyecto concreto profundamente atravesado por una visión del mundo social. Ningún plan de nación en materia de administración pública se basa sólo en evidencias o datos, todo movimiento requiere de una interpretación de fondo, que es ideológica.

El resultado específico y la manera concreta en la que se llevan a cabo las reformas al sistema de salud tienen que ver con los actores sociales que las impulsan desde el Estado en el presente momento histórico. El brazo ejecutor de estas políticas y enfoques de la nueva economía global son los actores sociales de la nueva salud pública que buscaron desde un principio menoscabar el carácter corporativo del Estado, impulsados por la creciente mercantilización internacional, para dar paso al (neo) liberalismo; con sus inconsecuencias lógicas con cualquier modelo de equidad democrática. Curioso, de modo que Frenk (2004) incluso afirma que la mercantilización de la salud que se implementará vía seguro popular “es un instrumento de justicia social” (sic).

Da la impresión que las reformas implementadas no tienen como objetivo mejorar las condiciones de salud de la población objetivo, sino transformar las condiciones sociales para la prestación de servicios de salud para beneficiar y permitir los procesos claves de la macroeconomía y de la globalización en un espacio dominado por instituciones públicas (Tetelboin y Granados, 2003). De esta forma se establecerá una competencia abierta entre prestadores de servicios de salud, donde lo menos importante podría ser la atención a la población en general, ya que posiblemente se priorizará la atención “a los usuarios de aquellos prestadores que hayan ganado las asignaciones más sustanciales, hecho que puede fomentar la polarización de la desigualdad ante los servicios, la salud y la enfermedad misma” (Tetelboin y Granados, 2003:17).

La reforma parece ineludible pero la acción política de los institutos públicos la ha frenado de momento. Por ello, la puesta en marcha del modelo de competencia regulada por la SSA ha sido retrasada significativamente. El seguro popular continúa su avance en su esfuerzo por separar la “administración de fondos— compra de servicios” y la “venta y prestación de servicios”; separación que es la condición necesaria de la competencia y del mercado en salud junto con la definición de un paquete específico de intervenciones (Laurell, 2011: 2804).

V. Conclusiones

Con todo lo expuesto anteriormente no se afirma un voluntarismo colectivo desarticulado de los procesos histórico-sociales que impone sus condiciones al Estado, por el contrario, se argumenta que toda acción colectiva está contenida en procesos más generales que establecen su emergencia y articulación. Asimismo, en determinadas coyunturas históricas existe una relativa tensión entre acontecimiento y estructura, que sólo puede ser analizada con mayor profundidad en una *historiografía de larga duración* (Wallerstein, 1998).

Tampoco se habla de una sobredeterminación estructural, ya que concebimos la estructura como un conjunto de determinaciones generales sobre la que son posibles la emergencia de nuevas (Castoriadis, 1996a). Hay que aclarar que ciertas teorías de la acción social suelen confundir la acción colectiva con el voluntarismo y con la acción individual articulada a intereses de grupo. Error grosso producto de la ideología capitalista que afirma la existencia inconsecuente de un ser extrasocial esencial que simplemente se asocia a otros, hecho que negamos pues sin sociedad no hay ser humano posible (Castoriadis, 1996a).

La acción colectiva es transformadora aún en los márgenes del capitalismo y se articula en la contradicción presente entre racionalidad liberal y distintos grados de democracia y socio-democracia. Sin embargo, no toda acción de agentes sociales es relevante históricamente ni todos los actores poseen una alta densidad histórica (Garretón, 2002); ni todas las luchas “nuevas” son emancipadoras, unas corresponden al ámbito de la estabilización, ya que pugnan por el sostenimiento de

una estabilidad ya gestionada con anterioridad. Todas las luchas emancipadoras, —argumenta Santos (1998a)— en algún momento se han vuelto estabilizadoras. “Así, se producen confrontaciones permanentes entre fuerzas de conservación y de transformación encarnadas en actores sociales, lo que constituye, en un sentido amplio, el “proceso sociopolítico” de las sociedades” (Hernández, 2001: 231).

La relevancia de un análisis desde la acción colectiva de los actores sociales tiene su sustento cuando se ejemplifica el contraste entre el SUS brasileño con los principios que se persiguen con el Seguro Popular mexicano, ya que la acción política de los actores sociales llevó a la implementación y justificación de una “específica distribución de los bienes y recursos proporcionados por el sector salud y no otra” (Abrantes y Almeida, 2002: 986). También tiene su sustento cuando se analiza brevemente la conformación histórica de la medicina estatal en México y las políticas públicas implementadas en los distintos regímenes de gobierno, los cuales no siguen pautas rígidas o mecanizadas. Por ello, se aboga por una interpretación más apegada a la acción colectiva para observar el accionar histórico de las sociedades, que adquiere bajo los matices concretos de los actores sociales la expresión de las relaciones de la sociedad con las estructuras estatales.

Del mismo modo, concebir la estructura estatal como un campo unificado y congruente y completamente autónomo que no encarna contradicciones es una inconsecuencia. El Estado es la estructura política de poderes concentrados de la sociedad que expresa en grados diferentes las contradicciones presentes en ella y las resuelve en relaciones de hegemonía y subordinación por medio de la regulación.

En otro apartado quedan las discusiones en torno al papel del Estado respecto a la satisfacción de necesidades en salud, ya que su complejidad requiere de un tratamiento específico dadas sus diversas tesituras teórico políticas y económicas. Señalaré brevemente que cuando atendemos a las justificaciones filosóficas por las cuales el liberalismo considera que el Estado debe disminuir su papel social en la resolución de desigualdades (Offe, 1984), nos vemos inmersos en multitud de argumentaciones que transitan peligrosa-

mente entre el pragmatismo económico y la pobreza conceptual (De la Garza, 1994).

La intervención Estatal según los liberales es injustificada ya que ésta es una forma de negación de la *libertad*: “Los servicios sociales suministrados estatalmente, los intentos hechos por parte del Estado para reducir la desigualdad y mantener altos rangos de empleo, son rechazados al considerarlos inalcanzables, salvo a un precio demasiado elevado en términos de libertad” (Pérez, 2006: 97).

Obviando los tintes paradójicos que contiene la citada formulación, apuntamos a la justificación ideológica de esta **libertad trascendental**, que para los liberales está fuera de todo cuestionamiento en tanto que es expresión de la verdad inmutable de nuestra humanidad. Es esa idea de libertad según los liberales y no otra, la que debe guiar el accionar de las sociedades formadas por seres “egoístas por naturaleza”, que obligados por la libre competencia han de asumir su lugar social, el cual es el resultado “justo” de dicha competencia (De la Garza, 1994).

Todas estas incesantes caricaturas que produce el liberalismo, pretendidamente hablan de la condición humana. No son más que los retazos de una filosofía de la libertad individual mal entendida, que se extiende hasta las realidades económicas “estableciendo un estrecho paralelo entre la libertad económica en el mercado y la libertad en general” (Pérez, 2006: 97).

Según la filosofía liberal es mejor enfrentar los altos costos sociales de la desigualdad social antes que “violentar” la libertad de los individuos. Puede sonar a mera ideología que justifica un cierto ordenamiento económico, pero no queda ahí ya que parte del rasgo característico de la heteronomía de las sociedades es que la clase dirigente cree literalmente que su discurso ideológico y sus mistificaciones son la realidad, de modo que el proceso alienante no se da entre verdad, ideología y clase social, sino entre verdad y la institución social que la porta (Castoriadis, 1975-1983). Ello no significa que no existan los procesos ideológicos, o que no existan las mentiras de poder.

El asunto no para ahí, puesto que para los críticos del Estado benefactor la politización de la sociedad es un problema; ya que pone en entredicho la efectividad y la legitimidad de los gobiernos (De la Garza, 1994) y los derechos sociales constituyen un pliego petitorio de estándares imposibles de cumplir (Pérez, 2006). Por ello, se privilegia la libertad y el mercado sobre la democracia, ya que la democracia como igualdad política lleva a los ineficientes económicamente a participar en decisiones políticas que son impuestas a los eficientes (De la Garza, 1994).

Es posible ver incluso en el discurso de los ideólogos del capitalismo la contradicción irreconciliable entre capitalismo y democracia, cuya coexistencia solamente es posible si se acota la democracia a un procedimiento y se subordina al mercado. “Igualdad” en las leyes y recompensa diferenciada por los méritos individuales por medio del mercado es el trasfondo, que ignora que una verdadera igualdad política es también una igualdad de acceso a los satisfactores de necesidades producidos por la sociedad, más allá de una mera atribución de méritos individuales.

Por último haré un breve apunte respecto a la crítica ideológica, entendida esta como rastrear las mentiras del poder. Plantear un sano escepticismo respecto a la congruencia entre lo dicho y las acciones que se toman para conseguir metas contradictorias, como son la libre competencia del mercado y el derecho universal es correcto, sino interpela a análisis ideológicos recortados que simplifican de sobremanera procesos de otro orden. Por ello, **decir que el discurso de equidad contenido en el Programa nacional de salud 2007- 2012 es una simple estrategia de ocultamiento de intereses económicos es observar parcialmente el carácter alienante que posee en sí mismo el discurso**. Existe toda una mistificación en torno al mercado como regulador de la sociedad que los neoliberales asumen como verdadera y trascendental, sobre la cual se deriva múltiples implicaciones políticas e ideológicas. Por ello, para el pensamiento neoliberal la desigualdad es un hecho **natural e inevitable, por tanto imposible de abolir**.

La realidad del capitalismo no es una realidad natural e inevitable, es una realidad construida sociohistóricamente (Castoriadis, 1975-1983), es por ello que es

lícito criticar la desigualdad y sus determinaciones nocivas; más aun, proponer una transformación que siga pautas distintas a las que generan los problemas de fondo. O ¿cómo es que pretenden resolver el problema de la equidad en los servicios de salud con las mismas estrategias que causan la desigualdad a niveles macro económicos?

El anhelo de justicia social no es un imperativo moral, no se reduce a apreciaciones éticas, ni a elecciones

morales individuales. El problema de la justicia social constituye **el gran problema de las sociedades** (Castoriadis, 1996b) que ha de resolverse políticamente, no individualmente, ni mucho menos tiene de referencia a la ética o a la moral individuales (Castoriadis, 1994). Por tanto, las acusaciones de maniqueísmo que se puedan hacer respecto a las críticas (planteadas por los autores o las propias) a las estrategias neoliberales quedan fuera de esta discusión por pertenecer a otro orden de complejidad.

Referencias bibliográficas

- ABRANTES, R. y ALMEIDA, C. (2002). "Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18, 4, jul-ago, Pp. 971-989.
- ÁLVAREZ, J., M. BUSTAMANTE, A. LÓPEZ y F. FERNÁNDEZ DEL CASTILLO (1960). *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*. México: SSA.
- BANCO MUNDIAL (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: invertir en Salud*. Washington: Banco Mundial.
- BRASIL, MINISTERIO DE SALUD (2002). *El sistema público de salud brasileño*. Seminario Internacional sobre Tendencias y Desafíos de los Sistemas de Salud en las Américas. Brasil.
- CANGUILHEM, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- CASTORIADIS, C. (1975-1983). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets.
- _____ (1994). "Miseria de la Ética". *Zona Erógena*. N° 22. pp. 1-14.
- _____ (1996a). *Dominios del Hombre: Encrucijadas del laberinto II*. Argentina: Gedisa, Primera edición de 1986.
- _____ (1996b). "La democracia como procedimiento y como régimen". *Iniciativa Socialista*, n° 38, febrero. Pp. 50-58.
- CASTRO, JM. (1997). "Promoción de la Salud. A diez años de Ottawa: ¿salud- mercancía o derecho social?" *Salud Problema*, Nueva época, Año 2, Núm. 2, Pp.55-60. México.
- CASTRO, R. (2003). "Ciencias sociales y salud en México: movimientos fundacionales y desarrollos actuales". *Ciência & Saúde Coletiva* vol.8 no.1 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Brasil. Pp. 47-62.
- DE LA GARZA, E. (1994). "Neoliberalismo y Estado". En LAURELL, AC (coord.) *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*. México: Fundación Friedrich Ebert. Pp. 59-73.
- DONNANGELO, MC. y PEREIRA, L. (1976). *La medicina en la sociedad de clases*. Brasil: Librería Dos ciudades.
- FOUCAULT, M. (1979). *Defender la sociedad*. México: Siglo XXI.
- FRENK, J. (2004). "El Seguro Popular de Salud es un instrumento de justicia social". *Salud Pública de México*, vol.46, no.6, noviembre-diciembre. Pp. 588-594.
- GARCÍA, JC. (1981) "La medicina estatal en América Latina. (1880-1930)", en *Revista Latinoamericana de Salud*, vol. 2, núm. 30. Pp. 73-104.
- HERNÁNDEZ, J., AVILA, L., VALENCIA, A. y POBLANO, O. (2008). "Evaluación Inicial del Seguro Popular sobre el Gasto Catastrófico en Salud en México". *Revista de Salud Pública*, Vol. 10, Núm. 1, febrero, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Pp. 18-32.
- HERNÁNDEZ, M. (2001) "El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América latina". *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 19, Núm. 001, enero-junio, Universidad de Antioquia, Colombia. Pp. 57-70.
- HERNÁNDEZ-LLAMAS, H. (1982). "Historia de la participación del Estado en las instituciones de Atención Médica en México. 1935-1980". En: F. Ortiz Quezada (Ed.), *Vida y muerte del mexicano*, II. México: Folios Ediciones.
- HOMEDES, N. y UGALDE, A. (2011). "Reformas de salud y equidad en América Latina". *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16, núm. 6, junio, Associação Brasileira de Pós-

- Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Brasil. Pp. 2690-2692.
- KNIGHT, A. (1986). “La revolución mexicana: ¿burguesa, nacionalista, o simplemente “gran rebelión”?”. *Cuadernos Políticos*, No. 48, octubre-diciembre. México: Era. pp. 5-32.
- LAURELL, A. (1979). “Investigación en sociología médica”. *Salud Problema* vol. 1, núm. 1, México. Pp. 5-9.
- _____ (2011) “Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16, núm. 6, junio. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Brasil. Pp. 2795-2806.
- LAURELL, C. y LÓPEZ, O. (1996). “Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposal for Health”. *International Journal of Health Services*, Vol. 26, Núm. 1, New York. Pp. 1-18.
- LINARES, N y LÓPEZ, O. (2009). “Los efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995-2002”. *Salud Colectiva*, Vol. 5, Núm. 2, mayo-agosto. Argentina: Universidad Nacional de Lanús. Pp. 237-257.
- LÓPEZ, O. y BLANCO, J. (2001). “La polarización de la política de salud en México”. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 17, num.1. Pp. 43-54.
- _____ (2007). *Las vertientes privatizadoras del seguro popular de Salud en México*. En *Salud problema Segunda época*, Año 1, número 1, enero- junio de 2007, número 2/ julio-diciembre 2007. UAM Xochimilco. Pp. 55-62.
- MÉXICO, SECRETARÍA DE SALUD (2006). *Programa nacional de salud 2007-2012*. México: Autor.
- OFFE, C. (1984) *Problemas estructurales del Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- _____ (1995) “Un diseño no productivista para las políticas sociales”. En: Lo Vuolo, R. (coord.) *Contra la exclusión. La propuesta del ingreso ciudadano*. Buenos Aires: Niño y Dávila Editores. Pp. 81-105.
- PÉREZ, G. (2006). “Ciudadanía social, neoliberalismo y crisis del Estado de bienestar”. *Veredas: Revista del Pensamiento Sociológico No. 12, Segundo semestre de 2006*. UAM Xochimilco, México DF. Pp. 95-112.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL (1995). *Programa de Reforma del Sector Salud*. México: Secretaría de Salud.
- POULANTZAS, N. (1969). *Poder político y clases sociales en el Estado capitalista*. México: Siglo XXI Editores.
- _____ (1991) *Estado, poder y socialismo*. México: Siglo XXI Editores.
- RODRÍGUEZ, D. (1992). “Salud, enfermedad y rol del enfermo”. *Revista Estudios Sociales –Corporación de Promoción Universitaria*. No.74 (trimestre 4, 1992. Santiago, Chile. Pp.75-95.
- SANTOS, B (1998a). *De la mano de Alicia*. México: Siglo del Hombre Editores.
- _____ (1998b). *Reinventar la democracia, reinventar el Estado*. España: Sequitur.
- TAMEZ, S. y EIBENSCHUTZ, C. (2008). “El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud”. *Revista de Salud Pública*, vol. 10, núm. 1, diciembre, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Bogotá. Pp. 133-145.
- TETELBOIN, C. y GRANADOS, A. (2000). “Aspectos de los sistemas de salud de Chile, Colombia y México”. *Argumentos*, No. 35, Abril. UAM Xochimilco. Pp. 45-58.
- _____ (2003). “Lectura del programa nacional de salud 2001-2006 en México”. *Argumentos*, No. 45, Agosto, UAM Xochimilco. pp. 5-21.
- TETELBOIN, C; GRANADOS, A; TOURNIER, N y TAVERNIER, P. (2005). “Alternancia y política de salud en México”. En: *Estudios Sociológicos*, vol. XXIII, núm. 1, enero-abril, 2005. El Colegio de México. Pp. 75-93.
- WALLERSTEIN, I. (1998). *Utopística o las opciones históricas del siglo XXI*. México: UNAM/ Siglo XXI.
- WARMAN, A. (1994). *La Política Social en México, 1989-1994 – Una Visión de la Modernización de México*. México: Fondo de Cultura Económica.