



Estudios Políticos

ISSN: 0185-1616

revistaestudiospoliticos@yahoo.com.mx

Universidad Nacional Autónoma de

México

México

Leal Fernández, Gustavo

¿Protección social en salud? Ni "seguro", ni "popular"
Estudios Políticos, vol. 9, núm. 28, enero-abril, 2013, pp. 163-193
Universidad Nacional Autónoma de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426439549008>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

¿Protección social en salud? Ni “seguro”, ni “popular”

Gustavo Leal Fernández*

Resumen

En el cuadro de las reformas de la salud y la seguridad social del pasado reciente mexicano —IMSS, 1995; ISSSTE, 2007, y SSA 2004— el artículo se ocupa de los errores de diseño del Seguro Popular, principal programa sanitario de Vicente Fox (2000-2006) y su extensión, por parte de Felipe Calderón (2006-2012), conocida como Seguro Médico para una Nueva Generación. El trabajo también reflexiona sobre el impacto de ambos programas sobre el federalismo —el caso del Estado de Guerrero— y la mejora efectiva en los servicios de salud.

Palabras clave: seguridad social, salud, protección social en salud, federalismo, calidad de la atención médica

Abstract

In the landscape of social security and health care reforms of the near past of Mexico —IMSS, 1995; ISSSTE, 2007, and SSA, 2004— this article reflects about the design fails of the Popular Health Insurance (Seguro Popular), the main health program of Vicente Fox (2000-2006) and its extension by Felipe Calderon administration (2006-2012) named Health Insurance Program for a New Generation (Seguro Médico para una Nueva Generación). The impact of both programs over the federalism —taking as case the southern state of Guerrero— and the real efforts to get a better quality in medical care are also part of its principal inquiries.

Key words: social security, health, social protection in health, federalism, quality of medical care

Introducción.

El último eslabón de una cadena de “reformas” fallidas

Como programa social del primer gobierno de “cambio”, el Seguro Popular fue aprobado en septiembre de 2004 (Ley General de Salud, 2011:22). Desde el principio fue claro que lejos de cumplir la agenda integral que se aguardaba de la primera administración post-priista en 71 años, la iniciativa foxista pretendía apenas montar una estrategia emergente de “financiamiento” sobre un sector salud que sobrevivía desde hacía lustros clamando por un ajuste urgente y profundo.

* Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana/Xochimilco.

Sin embargo, el nuevo programa diseñado por Julio Frenk pasaba tecnicráticamente por encima de sus ancestrales rezagos, recursos, servicios y prestaciones insuficientes, infinidad de pendientes clínicos, deficitaria e incoherente oferta de profesiones, entre otros, sin miramiento alguno.

Inscrito en un arco de “reformas” que para entonces ya cubría 22 años: de 1982 a 2004, y como ya había acontecido previamente con la descentralización de los ochenta de Guillermo Soberón (Leal, 2003) y luego con la “reforma” Zedillo al IMSS de 1995 (Leal, 2008a; Leal, 2009a), el Seguro Popular de Frenk se perfiló inmediatamente como el último eslabón de parches impuestos sobre la realidad sectorial. Un parche más que, como los que lo antecedieron, mostraba las desmesuradas prisas de Fox y Frenk para labrarle una marca propia a un tramo más de ese fallido arco de “reformas”. Ciertamente, la “reforma” de Calderón al ISSSTE (Leal, 2008b; Leal, 2010a) robó al Seguro Popular de Frenk el poco honroso lugar de último eslabón del ciclo de “reformas” fallidas.

Como era de esperarse los serios problemas de diseño que portó su figura original —que fueron oportunamente señalados (Leal, 2009b)—, se agravaron terminando en una operación programática cada vez más comprometida.

Calderón le agregó una cereza más al amasijo. En febrero de 2007 forzó a que las instituciones de la seguridad social, IMSS e ISSSTE, asumieran la operación del Seguro Médico para una Nueva Generación: la nueva creatura sexenal que, al amparo del Seguro Popular, vino a darle presencia su modalidad *petit*.

En lo que sigue, se recorren sucintamente las diferentes etapas de este periplo sanitario. Primero se exponen los serios problemas de diseño del Seguro Popular. Después se revisa el Seguro Médico para una Nueva Generación. En la tercera parte, se presenta una suerte de tipología del incoherente cuadro de problemas de operación que ostenta la conjunta política de “protección social en salud” de la docena panista 2000-2012, ilustrada, en la cuarta parte, con un emblema de la crisis de ese federalismo realmente existente: el caso prototípico del Estado de Guerrero y sus servicios de salud. Finalmente, en la quinta parte se establece, a manera de conclusión, que el gran pendiente del ciclo reformista consiste en que ninguno de los cuerpos de su abigarrada agenda, se ha ocupado de fortalecer estratégicamente la columna vertebral del proceso de producción de los servicios: el lugar señalado para realmente mejorarlos.

Primera parte. Fox-Frenk. Problemas de diseño

El panorama sanitario que privaba en el México del 2011, es casi igual al que prevalecía en el año 2000, año en que Vicente Fox Quesada designó a Julio Frenk secretario de Salud y que dio el pistoletazo de salida para establecer el Seguro Popular.

Los problemas del diseño del Seguro Popular fueron oportunamente señalados desde el año 2004. Ellos son:

1. Centralismo

El Seguro se presenta como un subsidio a la atención “médica” de las familias, cuando en rigor apenas oferta un rudimentario paquete de medidas preventivas mal diseñadas e impuestas desde el centro a las entidades federativas. Los servicios son ejecutados (prestados) por esos mismos servicios estatales. Con fondos transferidos por la SSA Federal mediante un mecanismo complejo, basado en los siguientes cuatro componentes: 1. por familia (recientemente ajustado a la persona); 2. por ajuste de necesidades; 3. por el esfuerzo estatal, y 4. por la componente de desempeño.

Se trata de administraciones paralelas con contrataciones que pesan sobre la nómina de las entidades federativas. La SSA Federal “compra” servicios a cada uno de los estados, los cuales reciben pagos por captación. Por su parte, los sistemas estatales de salud (SESAS) transfieren estos recursos a sus unidades por servicio prestado o por presupuesto. Esta situación complica la administración, ya que ahora resulta que se ha creado una administración paralela, al nivel de las jefaturas estatales para inscripción, seguimiento y administración del Seguro Popular.

Los trabajadores están siendo remunerados por honorarios, pero a la larga deberán incorporarse a la nómina y los costos administrativos subirán. Además, las plazas que se contraten son responsabilidad de los SESAS, de acuerdo a profesiogramas laborales establecidos por la Federación. Esa responsabilidad incluye: cubrir seguridad social de las contrataciones, servicio médico, seguros institucionales, así como aportaciones a pensiones, jubilaciones y vivienda. El esquema de contratación estará sujeto a primeros nombramientos eventuales; segundos nombramientos por evaluación del desempeño y, finalmente, contratación anual dependiendo de la certificación del Consejo correspondiente. Todo lo anterior será en función de la disponibilidad presupuestal de la Federación.

2. Un paquete básico plus (llamado CAUSES) sin capacidad resolutiva y ciudadanos estigmatizados

El Catálogo Universal de Servicios Esenciales (CAUSES) se atiende en centros de salud y hospitales de los SESAS. Esto plantea un problema conceptual y jurídico, pues legalmente el ciudadano tiene ese derecho aún sin pagar cuota de recuperación o prepago. Además, el Seguro no sólo no cubre todas las enfermedades y riesgos: en rigor no atiende la patología frecuente que enferma y mata a los mexicanos. En 1999 se reportó en México el fallecimiento de casi 44 mil personas. Aproximadamente la mitad de ellas, se debieron a cinco causas: enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes *melittus*, accidentes o enfermedades del hígado. Pero la estructura de los servicios sí lo hace, aunque no lo materializa por falta de recursos. Así, ahora hay ciudadanos del Seguro Popular y no del Seguro Popular. Es decir, la población ya está estigmatizada. La seguridad social universal se ha transformado en focalizaciones estigmatizantes. Una traición a la tradición sanitaria mexicana.

3. El sector privado y la falta de resolutividad médica-clínica del Sistema Nacional de Salud

Además, las intervenciones del CAUSES, así como las mal llamadas “catastróficas”, podrían ser subsidiadas al sector privado,¹ lo que incrementaría el serio problema de resolutividad que enfrenta el Sistema Nacional de Salud en su conjunto, toda vez que el sector privado no está listo para atender adecuadamente esa demanda (SSA, 2001).²

¹ “Un esquema donde médicos, hospitales, laboratorios y farmacias privadas pueden atender aquellos servicios cubiertos por el Seguro Popular, y eventualmente por otros sistemas de aseguramiento como el IMSS, especialmente donde la infraestructura pública es insuficiente o donde el sector privado puede ser más eficiente”. Pablo Escandón Cusi, presidente de la distribuidora farmacéutica Nacional de Drogas (NADRO) e integrante del Consejo Mexicano de Hombres de Negocios y de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) (*Reforma*, 15 de junio, 2005).

² “Las unidades privadas con menos de 20 camas frecuentemente carecen de los recursos necesarios para ofrecer una atención de calidad. Ellas ofrecen servicios de maternidad, pediátricos, y sólo los grandes hospitales tienden a ofrecer otros servicios de especialidad. La concentración de hospitales de más de 50 camas está apenas en 12 entidades federativas” (SSA, 2001).

4. El “derecho” a la salud: todos a pagar por los mismos servicios que antes eran gratuitos

Suponiendo que durante el año 2012 se alcanzara la anhelada cobertura “universal”, resultaría entonces que toda la población sin seguridad social dispondría de un subsidio, aunque paradójicamente antes de la implantación del Seguro Popular esa población ya contaba con un “derecho” constitucional a la salud. ¿Cuál sería la única diferencia? Que ahora, en virtud de esa “universalidad”, exactamente los mismos servicios de salud que ya recibían los ciudadanos, usuarios y pacientes que integran la población sin seguridad social, son ofrecidos en peores condiciones pero pagando por ellos. La única diferencia se llama, pues, prepago o pago diferenciado.

No hay ampliación integral de las intervenciones, ni se aprecia mejora alguna en la resolutividad médico-clínica. La calidad de la atención ha empeorado y los salarios de los equipos de salud no reflejan el extraordinario incremento en las bolsas públicas que el gobierno federal destina al Seguro Popular vía la afiliación de las entidades federativas.

5. Frente al dolor y la muerte: “justicia” en el financiamiento

El Seguro Popular no fue diseñado para curar. Aspira a “alinear precios en el sector”; “brindar protección financiera” o financiar “con justicia”. Pero ¿a qué paciente le importa cómo se financió el programa que debería atenderlo cuando padece la enfermedad que lo sitúa en el sufrimiento y el dolor?

6. ¿Qué es el Seguro Popular? Una suma de irresponsabilidades políticas

Atisbemos un mínimo recuento de ellas.

a) *Calidad de la Iniciativa de Fox y Frenk.* En primer término, el principal responsable es el gobierno de Vicente Fox, su Oficina Gubernamental en Los Pinos, así como el ramo competente y su titular: la SSA y Julio Frenk, por haber remitido al Poder Legislativo una Iniciativa pésimamente diseñada. En cualquier democracia moderna, ella hubiera alcanzado apenas el nivel de un ejercicio para doctorantes en administración y políticas públicas y como ejemplo exacto de lo que no hay que hacer si de lo que se trata es de beneficiar el estado de salud de la población.

b) *El Poder Legislativo.* Son responsables también los senadores y diputados federales que aprobaron la Iniciativa sin enriquecer y/o rechazar la que recibieron del Ejecutivo.

c) *31 gobernadores.* Igualmente son responsables los 31 gobernadores que firmaron Convenios de Coordinación sin haber reparado en la especificidad de las necesidades sanitarias de sus sistemas estatales y locales de salud e imponiendo a sus secretarios de Salud un desperfilado programa en términos de la estricta atención de daños médicos.

No hay nada más sencillo y cómodo para un gobierno estatal que calcar, mal repetido, el discurso de la SSA Federal. Así se evita, siquiera, pensar lo propio, lo regional, estatal, jurisdiccional y local (Granados, 2011: 37).³

d) *31 secretarios estatales de salud.* Su responsabilidad precisa es tal vez la más grave. Como funcionarios del sector sabían que se trataba de un programa desperfilado. Sabían que el gobernador había pactado fondos y recursos con los cabilderos de la SSA Federal a cambio de la firma del Convenio de Coordinación respectivo. Todos ellos sabían, además, que el gobernador optó por imponer el nuevo programa y, sin embargo, ninguno de ellos renunció al cargo.

³ Con años de operación, el fenómeno del cual forma parte el del Seguro Popular, patentiza que “ciertamente (los gobernadores) tienen mayor presencia mediática, alta movilidad, amplios espacios de maniobra y manejo de los intereses locales, control de sus formaciones partidistas y una gigantesca bolsa presupuestal. Pero al mismo tiempo carecen de lo que pudiera llamarse una agenda nacional, sus relaciones con el gobierno federal son heterogéneas y con frecuencia responden a demandas individuales, deciden en función del corto plazo y, lo más sobresaliente, su noción de éxito tiene que ver básicamente con objetivos políticos y no con variables de desarrollo y bienestar (...) Están creando incentivos para políticas públicas de bajo impacto y prácticas políticas que no contribuyen a mejorar la calidad de la democracia (...) Entre 1990 y 2010 las *participaciones fiscales federales* a los estados pasaron de 20 mil 326 millones de pesos a 437 mil 300 millones de pesos. Las *transferencias* de recursos a los estados y municipios bajo la forma de fondos etiquetados a gasto social, educación o salud, se elevaron de 24 mil 800 millones en 1993 a 579 mil millones en 2010 (...) En suma, los recursos fiscales de origen federal que ahora ejercen los gobiernos subnacionales, llegan a un billón 17 mil millones de pesos, cifra inédita en la historia mexicana. A dicha bolsa hay que añadir las inversiones que ejecuta directamente la Federación en los estados, la que éstos captan del sector privado bajo diversas modalidades de asociación o concesiones (...) y la contratación estatal de deuda (...) El gasto estatal no se tradujo en inversión productiva porque fue a parar a proyectos ineficientes, ejecutados sin planeación estratégica, en coyunturas electorales determinadas, bajo presión clientelar o simplemente por decisión personal de los gobernadores” (Granados, 2011: 37).

Segunda parte. Calderón-Córdova. El Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) y las “alianzas preventivas”

I. Cinco Comisionados

Para el año 2008 la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, responsable del Seguro Popular, ya había contado tres titulares.

El primero fue el actuario Héctor Hernández Llamas.⁴ Su desempeño como Comisionado consistió básicamente en persuadir a los gobernadores para que signaran los convenios de adhesión al Seguro Popular a cambio de fuertes sumas en efectivo para ponerlo en operación. Actualmente es subsecretario de Programas Metropolitanos en la secretaría de Gobierno de Marcelo Ebrard en el GDF.

El segundo comisionado fue Juan Antonio Fernández Ortiz. Actuario de la Universidad Anáhuac, fue Presidente de *Amigos de Fox*, de donde saltó a manejar el Padrón Procampo y de ahí a la Comisión. En 2007 fue inhabilitado 10 años por la Secretaría de la Función Pública debido a irregularidades comprobadas en la licitación de las credenciales del Seguro Popular.

El tercer nombramiento correspondió a Daniel Karam, posgraduado en la Universidad de Harvard, ex director normativo de finanzas en el IMSS de Fox y que Calderón designó en 2007. Desde el 20 de marzo de 2009 y hasta el 9 de septiembre de 2011, el también administrador público posgraduado por Harvard, Salomón Chertorivski, operó como cuarto comisionado. El 28 de septiembre de 2011, David García Junco, quien antes se había desempeñado como director de Afiliación y Cobranza del Seguro Popular, fue designado quinto comisionado de Protección Social en Salud.

⁴ Quien fue funcionario del INEGI con Miguel de la Madrid; delegado con el Regente Manuel Camacho y posteriormente participó como operador del PRI en las elecciones chiapanecas del año 2000, donde fue denunciado por apoyar las derrotadas candidaturas del PRI (Labastida y Sami David) con el padrón Progresista. Con Fox, Julio Frenk lo ubicó al frente de la Comisión, después de que prestara servicios estratégicos de cabildeo con los legisladores para la aprobación de la reforma a la Ley General de Salud que estableció el Sistema de Protección Social en Salud (2003). Relevado de la Comisión, el subsecretario de Innovación y Calidad de la SSA, Enrique Ruelas Barajas, lo designó primero Director General de Planeación y, luego, Titular de la Unidad de Fortalecimiento de la Gestión de esa sub-secretaría.

2. Orígenes del SMNG

Primero en la campaña intrapanista de 2005 —donde ofreció “ampliar a todos la cobertura básica de salud e incentivar el Seguro Popular”— y luego en la campaña presidencial 2006, donde repitió 10 veces la misma oferta, al terminar de bailar unos danzones en el puerto de Veracruz, Calderón anuncio que de llegar a Los Pinos, promovería “un seguro médico de cobertura universal para todos los niños”. El dicho fue repetido después en Villahermosa y Ciudad Obregón.

En Tlaxcala y Acapulco, Calderón anadió: “un seguro de cobertura amplia para todos los niños que nazcan en el país ja partir del 2009!”. Y en Tlancanepantla, precisó: “los bebés vendrán con un seguro médico bajo el brazo que se hará cargo de todos sus gastos médicos”. Como era de esperarse, no faltó quién le gritara: “¿cómo le va a hacer con ese seguro, si el IMSS y el ISSSTE tienen problemas? A lo que respondió: “sí se puede crear un nuevo seguro, y por lo del IMSS e ISSSTE, los derechos ya están ganados”.

Días después, con evidentes ambigüedades, sugirió que el Seguro Popular del foxismo “se revisaría”. No sólo no lo hizo, sino que de hecho lo continuó como el soporte de lo que ahora estima como su contribución sanitaria sexenal: el SMNG, “seguro sólo para los recién nacidos” (Presidencia de la República, 2008).⁵

3. No mejoran los servicios pero se cumplen metas triunfalistas

A partir de 2008, el Seguro Popular del foxismo y su extensión *petit* se constituyeron en un inagotable surtidor de metas automáticas para el calderonismo, aunque el enorme gasto, no mejorara servicios, ni atendiera resolutivamente. Metas automáticas de afiliación con vistas a consolidar el mito de la cobertura “universal”. Una inercia que afiliaba, pero poco curaba. Tampoco prevenía, ni rehabilitaba.

⁵ Ante Calderón, el secretario Córdova lo presentó así: “se trata de un esquema complementario a los programas y acciones que hoy en día proveen los programas de salud pública, los de vacunación universal, el sistema de protección social en salud, el de Fondo de Protección Contra Riesgos Catastróficos. Complementario también en algunas regiones del país a las acciones en materia de salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Con este programa pretendemos un reforzamiento de las acciones dirigidas a la población menor de cinco años, para asegurarles las mejores condiciones posibles y las mayores oportunidades. Estamos ante la urgente necesidad de apoyar una nueva generación de mexicanos que nazca en un entorno más adecuado, les permita un mejor desarrollo y que cuenten con los mejores elementos para conformar una sociedad más sana” (Presidencia de la República, 2008).

Publicitadas las controversiales metas de afiliación, desde 2008, Calderón se dedicó —como en su momento Fox— a sumarle “intervenciones” al catálogo del SMNG; que el Seguro Popular “garantiza” el tratamiento de “todo” tipo de cáncer para menores de 18 años; que financia la “atención” y las medicinas a miles de niños con cáncer; que alcanzará la “cobertura “universal”: médico, medicinas y atención hospitalaria en 2011; que ella se “aumentará” vía el programa Caravanas de la Salud; que todos los menores de un año recibirán la vacuna contra el neumococo y que “cubrirá la atención de la sordera infantil”.

4. Subrogación

Hasta principios de 2008, el SMNG no disponía de recursos propios. Córdova y el entonces Comisionado Karam los tomaban de la Comisión (DOF, 2008). ¿Cuántos recursos toman? Según Karam:

el IMSS, el ISSSTE y hasta los hospitales privados extenderán su atención, por primera vez, a los mexicanos que no cuentan con seguridad social o seguro médico privado. Para 2008, la SSA prevé contratar a estas instituciones para que atiendan a los niños. Así se establece en las nuevas Reglas de Operación del Seguro Médico para una Nueva Generación.⁶ Se destinarán 50 MP para beneficiar, al menos, a 3 mil de niños (*Reforma*, 2 de abril, 2008).

De acuerdo con las Reglas, serían los Estados, junto con la Secretaría de Salud Federal, quienes realizarán los convenios con el IMSS, ISSSTE y los servicios médicos privados. Para el 2008, el “seguro” esperaba afiliar a 803 mil niños menores de 5 años. Para ello transferiría recursos por 174.3 MP a los estados. El “seguro” contaría con un presupuesto de 2 mil 41 MP para 2008 (*Ibid.*).

¿Con qué autorización tomaban esos recursos etiquetados para la Comisión y el Seguro Popular? ¿Se trataba de un procedimiento normado?

5. Las “alianzas” preventivas

Así, la agenda de la continuidad calderonista seguía compactando la oferta pública en materia curativa, inyectaba recursos frescos a programas “pre-

⁶ Estas Reglas no estaban entonces disponibles en el portal de la SSA.

ventivos” rudimentarios y los proyectaba a un sexenio de mera “integración sectorial” de lo ya existente (SSA, 2008).⁷ Esa fue la médula de sus Alianzas para “una mejor salud”.

Fue el caso del Programa Nacional de Cirugía Extramuros;⁸ la Unidad de Inteligencia para Emergencias en Salud, la Red Nacional Psiquiátrica y de Salud Mental y la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud.

Ella establecía que —aunque el sector “dispone” de las fenomenales acciones “preventivas”: Línea de Vida (SSA), Prevenimss (IMSS) y Modelo Familiar Preventivo (ISSSTE)—, era preciso promover un “paquete garantizado” de Servicios Preventivos y de Promoción a la Salud de personas y familias, instrumentar el “manejo personal” de determinantes de la salud y el desarrollo de “competencias y autonomía” para el cuidado de la salud, así como construir una cultura que favorezca la “corresponsabilidad”.

Fue también el caso del Programa de Detección Oportuna de Alteración Auditiva, pero particularmente el de la “Alianza por un México Sano” que buscaba establecer “un mecanismo entre los sectores público, privado, social y los tres órdenes de gobierno para que se desarrollen acciones a favor de la salud a corto, mediano y largo plazo”.

El secretario Córdova agregaba que la nueva Libreta para la Salud Personal y Familiar incluirá datos sobre el “árbol genealógico de cada persona y familia, vivienda, empleo, hábitos nutricionales y condiciones sico-sociales. También se establecerá, dijo, un comité nacional de comunicación en salud que integrará en un solo programa todas las campañas mediáticas

⁷ En la V Reunión Ordinaria del Consejo Nacional de Salud —frente a los titulares del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, MARINA y DIF—, el secretario Córdova señaló que “en el marco de la Federación, es necesario lograr consensos y la integración funcional de las partes, lo cual permitirá utilizar de mejor manera los recursos disponibles. De avanzar hacia la integración del Sector, se logrará la construcción de un México más justo equitativo e incluyente” (SSA, 2008).

⁸ “Para 2008, el Programa de Cirugía Extramuros incrementará en 30 por ciento las operaciones realizadas en 2007, para llegar a 120 mil intervenciones quirúrgicas en todo el país, para las cuales se destinará un financiamiento de 120 MP por parte del Seguro Popular y 100 MP de la Fundación Telmex. Al decir de Daniel Karam, este programa se ha convertido en un medio para la promoción de la salud y la justicia social, ya que existe un rezago quirúrgico de por lo menos 268 mil casos, lo que se traduce en la necesidad de 150 mil intervenciones de carácter general, 75 mil cirugías de cataratas, 35 mil de labio y paladar hendido y 8 mil para corregir malformaciones ortopédicas. Durante 2007 se realizaron 90 mil cirugías, de las cuales 2 mil 457 fueron reconstructivas, 24 mil 697 de oftalmología, mil 260 de ortopedia y 61 mil 592 generales. Karam sostuvo que estos avances fueron posibles por los incrementos en la inversión del Seguro Popular, la cual fue de 65 MP y de 45 MP de la Fundación Telmex” (*La Jornada*, 11 de marzo, 2008).

institucionales, mientras la SSA propugnará un acuerdo para que los anuncios de alimentos, tabaco y alcohol “no afecten a los niños”.

En una palabra: el evangelio del “autocuidado de la salud”. No sorprende que en este marco Margarita Zavala, esposa de Calderón, redondeara esta visión “estratégica” de la continuidad foxista al asegurar que, en México “evitar el dolor de los enfermos no depende de las autoridades de salud y ni siquiera de los doctores, sino de toda la ciudadanía”. Pero si no depende de esas “autoridades” ¿para qué les pagamos —vía impuestos— sus salarios?

Casi al concluir el sexenio calderonista, las “alianzas” preventivas fueron materializadas en los siguientes términos por el secretario Salomón Chertorivski:

el Sistema de Salud tiene que virar de manera enérgica de lo curativo a lo preventivo. El principal problema que debemos combatir es el de las enfermedades crónicas no transmisibles, causantes de dos tercios de las muertes, a pesar de que 80 por ciento era evitable. Ante este panorama es fundamental reforzar la prevención, porque la mayoría de los padecimientos se pueden reducir o evitar con sólo modificar hábitos de vida (“Orbe”, suplemento de *La Jornada*, 12 de noviembre, 2011).

6. El “compromiso nacional” para el “seguro” de los recién nacidos y el crecimiento de la oferta privada de servicios

Los propios IMSS e ISSSTE fueron “invitados” a firmar la nueva criatura (SSA, 2007). Amparados en la oscura noche del viernes 2 de febrero de 2007, con un brindis obsequiado en pleno Palacio Nacional y rodeado por los Secretarios de Defensa, Marina, secretarios de Salud de 15 estados y el DF, titulares de los Institutos Nacionales de Salud, así como los directores del IMSS e ISSSTE, el secretario Córdova suscribió el “compromiso nacional” del “Seguro Médico para una Nueva Generación” que obliga a que las instituciones públicas “compartan” la infraestructura médica disponible en las “zonas prioritarias”.

¿Con qué argumento? La iniciativa pretendía intensificar las acciones para disminuir la mortalidad infantil y las afecciones del período perinatal, sobre las cuales el ex-secretario Frenk ya había asegurado que “sólo en los últimos años la mortalidad infantil se redujo más de 30 por ciento”.

Mientras tanto, crecía sistemáticamente la oferta privada. En capacidad hospitalaria y “preventiva”: el Grupo Christus Muguerza, Medicall Clínica, Grupo Star Médica, Centro Médico Zambrano Hellion y Medicall Home. En

seguros: Grupo Centauro y el seguro Medicash de Santander. En otros servicios: Laboratorio Médico Polanco y Quest Diagnostics, por mencionar sólo los que habían saltado a la arena durante los últimos 15 meses.

Final: ¿qué es esto?

¿Esto es salud? Como gusta preguntar la misma retórica que promueve los beneficios del Seguro Popular, ¿por qué si se gasta tanto como se gasta, el estado de salud no ha mejorado? (Hsiao y Heller, 2007^a; Hsiao, 2007b: 950)

Sin embargo, el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* (PNS) distingue entre necesidades, recursos y servicios de salud. En las primeras alude a los daños y los riesgos. En los recursos separa entre los financieros, materiales y humanos. Finalmente, en los servicios, señala los personales y los de salud pública. Con esta distinción ya ordena sus prioridades: primero lo financiero y, luego, la separación para atender los daños en los mercados de la salud, reservando a la salud pública las acciones “preventivas” rudimentarias de autocuidado (Leal, 2010b).

Además, montándose en el *Plan Nacional de Desarrollo* (PND), el PNS también inscribe su “visión” y “acciones estratégicas” hacia el 2030. Con ello evita (como lo evitó el foxismo) hacer el corte de caja entre los años tardopriístas y los gobiernos panistas que los sucedieron, aunque de pasó evita, también, evaluar al propio foxismo del cual se asume como una continuidad (Leal, 2010c). De esta manera se intenta matar dos pájaros de un tiro. Toda vez que la agenda del foxismo (Leal, 2006) ya extendía las estrategias tardopriísticas de Zedillo (Leal, 2003), el calderonismo cubre a Fox y se cubre anticipatoriamente a sí mismo proyectando la totalidad de sus “acciones” hacia el 2030.

Y como el PND, también el PNS atribuye al envejecimiento, los estilos de vida y las lesiones el “patrón de daños” que aqueja al México del siglo XXI. Igualmente postula que la atención de este perfil demanda procesos “complejos, de larga duración, costosos” y que requieren la “participación de múltiples áreas de especialidad”. Con este recurso pretende justificar la presencia masiva del Estado en acciones “preventivas” rudimentarias y se abre al mercado de la salud la atención de los daños médicos “complejos y costosos”.

La situación se agrava porque, hoy día hay, un buen número de gobernadores y secretarios estatales de salud tan sólo han heredado esta inercia, aunque la están operando en un marco de creciente opacidad. Como

se ha observado recurrentemente: en materia de transparencia presupuestal se produjeron retrocesos significativos durante el foxismo: el grado de discrecionalidad se ha incrementado “los recursos irán en bolsas no etiquetadas, sin reglas de operación y que serán manejadas por los gobiernos estatales, muchos de los cuales no cuentan con sistemas desarrollados de rendición de cuentas (*La Jornada*, 27 de septiembre, 2005). Este fenómeno empeoró durante los años de Calderón.⁹

Tercera parte. Fallas del diseño y problemas de operación

Las fallas en el diseño del Seguro Popular y su extensión denominada Seguro Médico para una Nueva Generación se expresan en un amplio cuadro de problemas de operación. Una primera clasificación de estos problemas permite establecer los siguientes grupos de problemas: 1. de operación médico-clínicos;¹⁰ 2. de operación vinculados a los procesos de subrogación;¹¹ 3. de operación administrativos;¹² 4. de operación relativos al federalismo,¹³ y 5. de operación sobre la infraestructura.¹⁴

Cuarta parte. Un ejemplo del grupo de problemas de operación relativos al federalismo. El caso prototípico del Estado de Guerrero

2006. Saldos de la “descentralización”

Que los procesos “descentralizadores” iniciados en los ochenta por Guillermo Soberón, culminados por Juan Ramón De la Fuente en los noventa y proseguidos por Seguro Popular son un rotundo fracaso, lo confirma la

⁹ Véase al respecto los señalamientos puntuales de la Auditoría Superior de la Federación.

¹⁰ Como a) los contrastes entre las enfermedades de notificación obligatoria, intervenciones del CAUSES y el universo de las lesiones; b) el cáncer de mama y el Instituto Carso de Salud; c) las adicciones y el CONADIC; d) envejecimiento y geriatría; e) ausencia de políticas clínicas y “gobierno” del sector vía NOM'S.

¹¹ Como los de las unidades subrogadas de la Red Ángel del Gobierno del Distrito Federal.

¹² Como los que contribuyen abiertamente a la informalidad tal y como documenta el INEGI en el *Censo de Población y Vivienda 2010*.

¹³ Como el del caso del estado de Guerrero que se presenta a continuación

¹⁴ Como el de los hospitales del Seguro Popular edificados en Guerrero, Oaxaca, Tlaxcala y Puebla, entre otros.

exigencia de los trabajadores de salud guerrerenses, quienes —después de más de un mes en paro— reclamaron que los servicios del Estado fueran devueltos a Federación; misma demanda que, en su momento, levantara Vita Libreros Bangó, entonces secretaria de Salud en Tlaxcala.

La historia reciente del avatar sureño empezó con la tardía “segunda inauguración” del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense de Tlapa. Julio Frenk fue instruido para ponerlo en operación, restaurar los casi 100 centros de salud en la Montaña e interconectarlos con el Seguro Popular. Aunque este no era el único con problemas. Se encontraban en iguales circunstancias los hospitales básicos comunitarios de la Montaña, Huamuxtitlán, Tlacoapa y Malinaltepec. Sin embargo, en octubre 2005, autoridades municipales exigieron investigarlo porque la obra (por 81 MP) “está plagada de irregularidades”. Nada se hizo, pero días después Fox lo volvió a “inaugurar” (antes lo había hecho el exgobernador René Juárez Cisneros) con el “argumento” de que “no se trata de un regalo, sino de un deber humano, una obra de elemental equidad y justicia social”.

Pero el festejo terminó cuando (después de varios paros y toma de instalaciones durante junio y julio de 2005), el 11 de enero de 2006 ocho mil trabajadores —médicos, enfermeras y administrativos de la Sección 36 del SNTSS— suspendieron labores indefinidamente, exigiendo la destitución del secretario del ramo, Luis Barrera, y de su director administrativo, Juan José Garibay, por “hostigamiento laboral”. Reservando las urgencias, fueron cerrados hospitales generales (Chilpancingo, Acapulco, Zihuatanegro), 10 integrales y 100 centros de salud, alcanzando las 7 jurisdicciones sanitarias. Al día siguiente se sumaron los hospitales de Ometepec, Taxco, Iguala y Huitzupo.

Los problemas se arrastraban desde antes. Funcionarios del exgobernador Juárez Cisneros: la diputada federal priista Verónica Muñoz Parra, exsecretaria de Salud; su sustituto Herón Delgado Castañeda y Ana María Castilleja Mendieta, extesorera de la dependencia y exalcaldesa priista de Acapulco, habían sido denunciados penalmente por defraudar 17 MP en la secretaría estatal de Salud.

Al decir, del secretario general de la sección sindical, Francisco Beceiril, lo que estaba en juego era “la forma en que Barrera administra el sector”. El detonante fue que Barrera dispuso de 60 plazas de base que se han abierto por la jubilación de otros trabajadores y el incumplimiento del acuerdo para permitir al sindicato proponer el 50 por ciento de los 100 médicos que serán contratados por el Seguro Popular.

La primera reacción del gobierno fue suspender salarios a los paristas, levantar actas por abandono de empleo y minimizar el paro: “sólo está en

20 hospitales”, mientras los trabajadores anunciaban “salir a las calles”. Días después, los trabajadores entregaron 14 demandas ante el secretario General de Gobierno, al tiempo que pacientes (adultos mayores) derribaban barricadas de algunos centros de salud. Las consultas se desplomaron y la “Asamblea Sindical Permanente erigida por los trabajadores en paro, alcanzó hasta al Centro de Atención Canina de Acapulco. Incluso, 600 mil dosis para la Semana Nacional de Vacunación fueron solicitadas en préstamo a la Secretaría de Salud de Morelos y al Gobierno Federal.

Transcurridas veinte jornadas de amagos, calumnias, amenazas y protestas, fue que la Sección 36 optó por reclamar la devolución de los servicios a la Federación para así “resolver el conflicto” con el gobierno de Zefirino Torreblanca. Francisco Becerril también anunció una marcha a la Ciudad de México para que los servicios “se centralicen”, la presentación de una demanda ante la Junta Local de Conciliación y Arbitraje “por la retención de salarios” y una queja ante la Comisión de Defensa de Derechos Humanos de Guerrero. El dirigente reconoció que el paro había concluido en el hospital Donato G. Alarcón (Ciudad Renacimiento, Acapulco) “por decisión de los trabajadores, quienes estaban desesperados por no haber cobrado sus salarios de enero”.

Entonces, el gobierno de Torreblanca reinstaló inmediatamente la mesa de negociaciones y encontró la solución al conflicto en un santiamén. El 8 de febrero, el paro fue levantado. Los trabajadores de la salud ganaron su demanda principal: dictaminar qué plazas se encuentran vacantes por jubilación, pensión, renuncia o fallecimiento, así como aplicar programas de distribución de insumos para la salud y rehabilitar los inmuebles de la dependencia que estén en malas condiciones físicas, a pesar de lo que “oferta” Fox en los medios de comunicación sobre el Seguro Popular. No faltó quien observara que el movimiento era sólo un misil contra Torreblanca y que nada había cambiado.

48 horas después, en el Hospital Básico del Municipio de Acatepec —por la falta de médicos especialistas y medicamentos— fallecían siete niños indígenas (de padecimientos estomacales) y una mujer embarazada. Los médicos habían sido retirados algunos meses antes por la secretaría estatal y los pobladores de Piedra Tuza, Chilatlancingo, Barranca Pobre y Yerba Santa manifestaron estar dispuestos a realizar protestas inmediatas en la ciudad de Chilpancingo.

Toda una “descentralización” que a pesar de los pomposos “reconocimientos internacionales” de la OPS y la OCDE, sobrevive con poco garbo y aplastada por un fraudulento Seguro Popular que se organiza en la niebla.

2008. Fox, Frenk, Calderón y el Seguro Popular

Para el vicario general de la diócesis de Tlapa, Guerrero, la cosa es clara: los servicios de salubridad “están por los suelos”, no hay médicos ni medicinas ni centros de salud. Es “triste y lamentable”, dice, porque en los municipios de Metlatónoc, Atlamajaltcingo del Monte y Cochoapa El Grande, el recién inaugurado Hospital del Niño y de la Madre funciona menos que medianamente, no dispone de médicos especialistas, no está como se ofreció que estaría y lo que se emplea es, apenas, la medicina preventiva.

El poblado mixteco de Plan de Guadalupe está peor: no hay médico ni enfermera y el centro de salud está abandonado. Pero en San Miguel Zilacayotitlán, hace 4 años que no va un doctor. “Dicen que no vienen, acota, porque el pueblo está muy feo y porque no hay de comer. Para los partos hay que ir a Tlapa, donde cobran 8 mil pesos por alumbramiento”. Y lo mismo ocurre en San Pedro Acatlán y Lindavista.

En Santa María Tonaya el médico va cada dos meses, pero no hay medicamentos. “Nos mandan pasantes y entonces tienen que pagar 400 pesos para que los lleven a Tlapa”. En Santa María Tonaya el médico también va cada dos meses, pero tampoco hay medicamentos y al poblado de San Lucas lo que llega es una brigada médica: cada dos meses.

Los dispensarios que entregó Fox a la cabecera municipal de Metlatónoc continúan cerrados por falta de médicos. “Están orillando a la gente de la Montaña Alta a organizarse de manera no tan pacífica”, remata el vicario.

Y en la Montaña Baja la situación no cambia. Chilapa, su municipio más grande, cuenta con 94 casas de salud que brindan atención primaria y carecen de médicos. Los 60 galenos no alcanzan para atender 104 mil habitantes y 254 comunidades. Desde hace años la demanda sanitaria central del ayuntamiento es la construcción del hospital regional de Chilapa.

El municipio de Ahuacuotzingo apenas dispone de 20 centros de salud para atender 54 comunidades y los seis mil 500 habitantes del municipio de Tlalixtaquilla gestionan recursos para construir en su cabecera un hospital básico comunitario.

Claro que las autoridades estatales se deslindan del déficit de atención que padecen los miles de indígenas de la Montaña y sólo ofrecen algunas cifras. La región recibe 11 MP anuales para cubrir la nómina: un mando medio, 620 trabajadores de base (médicos, enfermeras y personal administrativo), 200 eventuales y 174 becarios. Se requiere, agregan, sustituir 27 centros de salud y rehabilitar 18 más. Eso es todo.

Pero en julio de 2005, el entonces titular de la secretaría de Salud estatal, Luis Barrera Ríos, comunicó que ya se había iniciado una auditoría al

Hospital de la Madre y Niño Indígenas de Tlapa para “detectar qué tipo de irregularidades hubo durante la construcción realizada por la administración de René Juárez Cisneros. Y agregó que en “iguales circunstancias” se encontraban los hospitales básicos comunitarios de Huamuxtitlán, Tlapa y de Malinaltepec, que también fueron construidos por Juárez Cisneros y que “no funcionan porque les falta equipo y personal médico”.

Doce días después Fox ordenó a Frenk que “priorizara” el Seguro Popular en la Montaña, restaurando e interconectando sus 100 centros de salud, mientras él se comprometía terminar el Hospital de Tlapa. Aunque el gobernador Zeferino Torreblanca reiteró que serían las autoridades federales “las que van a determinar si hubo o no desvíos de recursos públicos en la edificación del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerenses”.

Por su parte, los habitantes de la Costa Chica y la Montaña exigían atención médica en sus comunidades y advertían que la apertura del Hospital “no será suficiente para atender a la población de esas zonas marginadas”. Denunciaron que los centros de atención en las 45 comunidades mixtecas y tlapanecas no cuentan con medicamentos, ni con especialistas: “los ancianos y los niños, se mueren fácilmente de una diarrea, porque viven en comunidades muy alejadas de Ayutla, que es donde pueden ser medianamente atendidos”. En las casas de salud que hay en algunas comunidades, y en el Hospital General de Ayutla, los que dan atención son pasantes de medicina. Si un enfermo está muy grave, tiene que ser trasladado a un hospital de Acapulco, o bien a Chilpancingo”. Además, agregaron, en el municipio de Xochistlahuaca “hay decenas de enfermos de dengue en las comunidades amuzgas”.

En octubre de 2007, paseando por La Montaña, Calderón visitó la cabecera municipal de Zapotitlán Tablas, donde un hospital inaugurado por Frenk y Fox hace cuatro años —para atender una población de más de 15 mil indígenas— es sólo un cascarón que nunca ha funcionado. La Secretaría de Desarrollo Social, Beatriz Zavala, anunció que “en el 2008” habrá recursos (un millón de pesos) para equiparlo y contratar personal. El nosocomio fue edificado en tiempos del alcalde panista Silvino Moso Porfirio, ahora prófugo de la justicia por homicidio. Tuvo un costo de 4 millones de pesos, aunque nunca llegó el material quirúrgico, las ambulancias ni el personal médico.

Y después, el secretario Córdova Villalobos demandó a los gobiernos municipales y estatales establecer “medidas más estrictas” para otorgar licencias de conducir, así como aplicar sanciones más severas a quienes conduzcan en estado de ebriedad.

2010. Afiliaciones y recursos del Seguro Popular

Guerrero ocupa el primer lugar en muertes maternas debido a que en los hospitales generales y centros de salud no hay personal médico capacitado y se carece de equipo moderno, denunció Ema Cerón, integrante del Comité por una Maternidad Segura y Salud de las Mujeres en Guerrero. El grupo de mujeres de este comité interdisciplinario presentó una investigación que realizaron en los principales hospitales de Guerrero; entre ellos, el de Acapulco, Chilpancingo, Tlapa y de Chilapa. Cerón señaló que de viva voz escucharon los testimonios de personal que labora en estos nosocomios donde no hay suficientes médicos especialistas. Según informes de este Comité, en el 2009 hubo un registro de mujeres que murieron antes, durante o bien después del parto. La lista la encabeza el hospital general de Acapulco con seis decesos; luego el nosocomio “Raymundo Abarca Alarcón”, de Chilpancingo, con seis mujeres fallecidas. En Tlapa, en el hospital del Niño y la Madre, murieron dos mujeres indígenas y en el Hospital General ubicado en esa misma ciudad, murieron 2. El 8 de marzo la fracción parlamentaria del PRD solicitó la comparecencia del encargado de la Secretaría de Salud del Estado para que “explique” por qué, alegando “falta de presupuesto”, al menos 150 centros de salud (de un universo de 900) en zonas precarias y comunidades de alta marginación, cierran sábados y domingos privando a los pobladores de la atención, mientras durante el ejercicio 2009 la dependencia dejó de ejercer recursos y hasta tuvo que reintegrarlos a la Federación.

Raúl Padilla Fierro, encargado del despacho, había externado que “se cierran” porque carece de presupuesto para pagar a médicos y enfermeras, aunque “salvamos” la eventualidad con las Caravanas de la Salud. El presupuesto 2010 asignado a la dependencia supera los 4 mil MP. Pero para algunas ONG's, el problema no se reduce a las contrataciones: además de los malos tratos a los afiliados del Seguro Popular, hay desabasto crónico, faltan fármacos e infraestructura. Por más que ese Seguro Popular disponga de casi 3 mil MP (diciembre, 2009) para poco más de un millón de “afiliados”. Unos cuantos días después de estos sucesos, el gobernador Torreblanca destituyó a Padilla Fierro y designó en su lugar al exalcalde perredista de Iguala, Antonio Jaimes. También fue separada del cargo la responsable de la Subsecretaría de Finanzas de la dependencia y sustituida por quien antes se desempeñaba como secretaria particular del gobernador. Simultáneamente, el vocero del gobierno de Guerrero admitió que para finales de marzo de 2010, el gobierno federal todavía no había liberado los recursos del Seguro Popular porque la Federación impuso a

los Estados “rigurosos” trámites para realizar la gestión. “No tenemos todavía los recursos, pero estamos trabajando con un remanente. La gente no se ha quedado sin el servicio”, remató (*Reforma*, 31 de mayo, 2010).

2010. El Hospital General de Chilapa

La crisis estalló en el Hospital General de Chilapa. Mientras que algunas enfermeras no reciben sueldo desde hace tres meses, los usuarios tienen que hacer largas filas para recibir atención médica, el inmueble no cuenta con suficientes camas e instrumental y en los últimos días hasta una plaga de alacranes invadió el nosocomio. Fue inaugurado en 1998 en el gobierno del priista René Juárez Cisneros con capacidad para 30 camas, un quirófano y una sala de expulsión. El objetivo: atender a 15 mil habitantes de la Montaña Baja. Actualmente brinda atención a 214 mil personas de 44 Centros de Salud de Chilapa y otros lugares. Los trabajadores reconocen que ante la alta demanda se instalaron 30 camas más, lo que saturó los pocos espacios libres disponibles. “Eso nos habla de que en el centro de trabajo donde laboramos no hay higiene”, refirió una enfermera que prefirió el anonimato.

Hace cuatro meses aproximadamente, llegó al hospital una señora que traía a su esposo gravemente herido de la cabeza y pedía a gritos que fuera atendido, pero el hospital estaba sobresaturado: no había camas para más pacientes. El paciente debió ser acostado en unas jardineras y ahí se atendió.

En mayo pasado, un grupo de enfermeras se manifestó en las oficinas centrales de la Secretaría de Salud del estado para exigir el pago de sus salarios y para denunciar la saturación y falta de higiene en el nosocomio. Relataron que hasta una plaga de alacranes invadió la Jefatura de Enfermería. En el hospital hay 78 enfermeras, de las cuales 24 no están afiliadas al sindicato, por lo que carecen de todas las prestaciones de ley (*La Jornada*, 19 de junio, 2010).

2010. El Hospital básico comunitario de Tixtla

Cerca de 30 mil habitantes de comunidades de los municipios de Tixtla y Mártir de Cuilapan, en la región Centro de Guerrero, se encuentra sin servicios médicos. Desde hace dos años el Gobierno estatal anunció que para

2009 se construiría un nuevo hospital básico comunitario. Sin embargo, hasta el momento la obra sigue sin iniciarse. “Asamblea permanente; sólo atendemos urgencias”, señala una pancarta que está pegada en la puerta del hospital. “Nos dijeron las autoridades de la Secretaría de Salud del estado que en 2009 el Gobierno federal envío a Guerrero 2 millones 700 mil pesos para el inicio de la obra, pero estos recursos, que eran del Seguro Popular, fueron desviados por funcionarios de esta dependencia”, externó la delegada sindical de la sección 36 del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, Carmen Catalán Cruz. El 2 de agosto, los 130 trabajadores del nosocomio, entre médicos, enfermeras y personal administrativo, realizaron un paro de labores en protesta por las condiciones en las que laboran. En 2008, la Subsecretaría de Protección Civil del estado emitió una recomendación a la Secretaría de Salud, en el sentido de que uno de los dos edificios del nosocomio (el que ocupa las instalaciones del centro de salud) fuera demolido, ya que su estructura presenta serias cuadeaduras y eso pone en serio riesgo al personal y a los pacientes. Para el segundo edificio, donde están el quirófano, sala de expulsión y las dos habitaciones con 12 camas para los pacientes internos, la recomendación fue su reparación. Así, en 2009 el Gobernador Zeferino Torreblanca autorizó que el primer edificio fuera demolido y que ese mismo año iniciara la construcción de unas nuevas instalaciones, y ordenó que personal médico y administrativo atendiera a los usuarios en una casa particular que fue rentada para ser habilitada como centro de salud.

Nos dijeron que a mediados de 2009 iba a iniciar la demolición del edificio y en diciembre la construcción de uno nuevo, pero nada ha sucedido. Por eso, el pasado 2 de agosto nos declaramos en asamblea permanente hasta que el Gobierno de Zeferino Torreblanca ordene la construcción del edificio donde está el centro de salud y la reparación del otro.

En este momento, afirmó, no estamos pidiendo nada para nosotros, sólo que el lugar donde trabajamos esté en buenas condiciones para dar un servicio médico de calidad a la ciudadanía. Catalán Ruiz recordó que en 1984 este centro de salud comunitario, que fue construido hace 50 años y que está ubicado en la avenida Constituyentes de Tixtla, tuvo su primera rehabilitación, “pero nunca quedó bien”. El titular de la Secretaría de Salud, Antonio Jaimes Herrera, reconoció que en 2009 ya se contaba con los 2 millones de pesos para iniciar la obra, “pero al parecer se utilizaron para otra obra”. Aclaró que en 2009 él no estaba al frente de la dependencia, y que no puede responder si hubo o no alguna irregularidad al

desviarse ese recurso que ya estaba etiquetado para la demolición y construcción del edificio. Sin embargo, el funcionario señaló que hace unos días la Federación les autorizó 7 millones 600 mil pesos para la construcción del nuevo hospital.

Atención deficiente. Otros hospitales comunitarios que no funcionan al cien por ciento en Guerrero: Metlatónoc, Acatepec, Zapotlán Tablas, Huamuxtitlán, El Ocotito, Zitlala, Atlixtac, Teloloapan. 152 centros de salud del estado cierran los fines de semana por falta de presupuesto. \$40 millones fueron sub-ejercidos en 2009 por la Secretaría de Salud estatal, reveló la ASF (*Reforma*, 22 de agosto, 2010).

2010. El nosocomio de Zapotlán Tablas

Mientras que los habitantes de Tixtla y Mártir de Cuilapan siguen esperando que el Gobierno del estado les construya un hospital, en Zapotlán Tablas el nosocomio que fue inaugurado en 2007 está cerrado porque no hay equipo ni especialistas que atiendan a los pacientes. El secretario general del ayuntamiento, Gilberto Solano Arriaga, explicó que en marzo de 2007 Felipe Calderón y el Gobernador Zeferino Torreblanca inauguraron el hospital básico comunitario ubicado en la región de la Montaña Alta de Guerrero. “Ya van más de tres años y este nosocomio no funciona”. Señaló que el único servicio que se brinda a la ciudadanía, en una área del hospital, son algunas consultas médicas. En 2009, refirió, denunciaron el caso ante el Gobierno federal y de inmediato las autoridades estatales celebraron una reunión con las autoridades municipales, a quienes les prometieron que en diciembre de ese año el nosocomio ya estaría listo para dar el servicio a toda su capacidad.

Sin embargo, criticó, el Gobierno de Guerrero incumplió su palabra. En esa minuta de acuerdos que firmaron con las autoridades de la Secretaría de Salud, detalló, quedó establecido que se equiparía el hospital y que se instalaría el transformador de energía eléctrica. Dijo que a principios de este año se realizó otra reunión con funcionarios de la Secretaría de Salud, y hubo otro nuevo compromiso de que en marzo de este 2010 ya estaría equipado el hospital, pero nuevamente no hubo respuesta. “Nos falta equipo médico, el transformador y de los 9 especialistas, nos faltan nueve”, indicó. Solano señaló que la gente que se enferma gravemente y las mujeres embarazadas tienen que ser trasladadas al hospital general de Tlapa para que se les de atención. “De qué sirvió la fuerte inversión económica

que realizaron los gobiernos federal y estatal, si al final sirve para que el personal sólo dé mejoralitos”, recriminó (*Reforma*, 23 de agosto, 2010).

2011 El helicóptero de la SSA-Guerrero

El 12 de marzo la prensa nacional difundió una foto extravagante: el regidor del PVEM, Fernando Reina Iglesias, esquiaba a pie descalzo en la laguna Pie de la Cuesta arrastrado por un helicóptero de la SSA-Guerrero (*Reforma*, 12 de marzo de 2011). La SSA-Guerrero lo compró en marzo de 2009 por 30 MP para el traslado de pacientes ubicados en comunidades lejanas en extrema pobreza con recursos del Seguro Popular¹⁵ y era empleado por el Gobernador Zeferino Torreblanca en sus giras.¹⁶ Muy pocos días antes el Estado había sufrido un extraño incendio: una cuadrilla integrada por tres misteriosos incendiarios había prendido fuego a los archivos estatales del Seguro Popular —que se encontraban, coincidentemente, en una oficina contigua a la Secretaría de Finanzas— y a menos de un mes de que el Gobernador perredista entregara el poder a un nuevo gobierno emanado del PRI.¹⁷

La Auditoría Superior de la Federación había detectado irregularidades en la Secretaría de Salud local: desvío de recursos y presuntos actos de corrupción. En 2008, documentó un subejercicio de 40 MP. En 2009 encontró anomalías por 2 millones 500 mil pesos en bonos y compensaciones, además de medicamentos caducos, de lento o nulo movimiento, surtimiento en nivel crítico y aviadores en la dependencia. Durante el sexenio de Torreblanca fueron removidos del cargo dos secretarios de Salud: Luis Barrera Ríos y Rubén Padilla Fierro, así como seis subsecretarios. Antonio Jaimes Herrera fue el último titular del ramo.

¹⁵ "Yo no lo administro, quien lo administra obviamente es la gente de seguridad del Gobernador. Nosotros no hemos dispuesto del helicóptero, el señor gobernador lo dijo públicamente que efectivamente él está utilizándolo y que fue comprado con recursos elásticos, era una partida libre, puede ser que haya sido del programa de Oportunidades o Seguro Popular", Antonio Jaimes Herrera, titular de la Secretaría de Salud de Guerrero (*Reforma*, 14 de marzo, 2011).

¹⁶ "Efectivamente se compró con el dinero de la Secretaría de Salud. Es una partida presupuestal que es utilizada y ha sido utilizada de manera más libre dentro de la Secretaría", Gobernador Z. Torreblanca (*Reforma*, 10 de marzo, 2011).

¹⁷ "Tres hombres armados irrumpieron en las oficinas, regaron gasolina en los archivos, equipo de cómputo y papelería. Posteriormente le prendieron fuego ante la presencia de varios trabajadores que no pudieron hacer nada por temor a sufrir una agresión" (*Reforma*, 9 de marzo, 2011).

No se cumplían los estándares en atención de urgencias. Nueve de los 14 hospitales generales de Guerrero rebasaban la ocupación hospitalaria recomendada. La atención médica de segundo nivel (cesáreas) se encontraba en nivel crítico. Se habían pagado salarios a “comisionados”, se otorgaron plazas de médico especialista a personal que no contaba con los requisitos (*Reforma*, 10 de marzo, 2011).

2011. Los retos de una red y los recursos del Seguro Popular

La infraestructura sanitaria en Guerrero es vasta.

El estado de cuenta con 3 millones 300 mil habitantes y según el Conteo reportado por el Censo de Población y Vivienda 2010, existen 13 hospitales generales cuyas condiciones hospitalarias son deficientes en su estructura, equipamiento médico y en falta de personal, sobre todo de especialistas médicos. El estado cuenta con dos hospitales para la atención materno-infantil, que también arrastran las mismas carencias. Los guerrerenses no sabemos lo que significa contar con una unidad hospitalaria de tercer nivel que ofrezca los servicios de las principales especialidades y subespecialidades que demanda nuestra entidad. En cuanto a la atención primaria a la salud, existen alrededor de mil unidades que en su mayoría se encuentran en pésimas condiciones y están atendidas por médicos pasantes y médicos generales que trabajan un turno en condiciones adversas, por falta de medicamentos, equipo médico y déficit de personal. En la Montaña y la población indígena se le ha confinado por siglos a padecer las enfermedades de la pobreza. La mayoría de los niños y niñas siguen naciendo en pisos de tierra, quienes sobreviven gracias a los auxilios de las expertas en medicina tradicional y que son maltratadas y discriminadas por los burócratas de la salud. Los organismos públicos descentralizados, como los institutos estatales de cancerología y oftalmología, representan un aporte significativo para la atención médica especializada. El problema es que son inaccesibles para la población pobre de Guerrero. Nos encontramos entre los tres estados que tienen el más bajo índice de seguridad social. Sin embargo, somos uno de los estados con mayor afiliación al Seguro Popular, del que poco beneficio han obtenido los supuestos beneficiarios. Es un mal síntoma que los índices de muerte materna se mantengan, pues tan sólo en el 2010 murieron un poco más de cuatro mujeres por mes. Por otra parte, veinte de cada cien niños tienen talla baja y una tercera parte de la población mayor de 50 años, en su mayoría mujeres, padece anemia. Nuestro sistema de salud vive un estado crítico. El Poder Legislativo tiene que vigilar el manejo transparente de los recursos provenientes de la Federación. Cada municipio debe estar comprometido para invertir en la salud de la población, asignando la parte proporcional que le corresponde. Un ejemplo es la irregular aportación

solidaria del estado de Guerrero para el Seguro Popular durante el ejercicio 2010, que propició que los recursos federales no llegaran a nuestro estado y por ende a la ciudadanía. ¿Dónde están los responsables? ¿Cuál es la explicación? ¿Dónde está el Legislativo con sus facultades de vigilancia? Todos sufren por la deficiente atención recibida en una unidad del sector salud”, Sergio Barrera Hernández, expresidente de la Federación Médica del Estado de Guerrero”, (*El Sur*, 30 de enero, 2011).

Pero la propia Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2010) reconoce que la carencia de medicinas afectó a la mitad de los asegurados en Guerrero, aunque según la encuesta de satisfacción levantada en clínicas y hospitales, 71 por ciento de los usuarios se dijo satisfecho con la forma y periodicidad de entrega de los fármacos. Las quejas de los proveedores por motivos de incumplimiento también se han hecho sonar. La Comisión tiene la obligación de transferir los recursos económicos a las entidades trimestralmente, siempre que previamente reciba los documentos que acreditan que el gobierno del estado realizó su aportación para la operación de los servicios sanitarios y aumentó el número de afiliados. En el año 2009, Guerrero cumplió esta disposición sólo hasta el segundo trimestre, por lo que las transferencias federales se redujeron en más de la mitad de lo previsto para ese año.

Al finalizar marzo de 2011, la Comisión Permanente del Congreso de Guerrero aprobó por unanimidad solicitar a la Auditoría Superior de la Federación y a la Auditoría General del Estado que levantaran una investigación a la Secretaría de Salud en Guerrero (*Reforma*, 29 de marzo, 2011).

A pesar del desabasto crónico en las regiones más marginadas, la Secretaría de Salud dio de baja, en abril, más de una tonelada de medicinas del cuadro básico porque nunca salieron del almacén y caducaron (*Reforma*, 25 de abril, 2011).

Apenas designado, Lázaro Mazón Alonso, el secretario de Salud entrante —con el gobernador perredista Angel Aguirre— tuvo que reconocer que de los 900 centros de salud de la entidad, 400 habían dejado de funcionar y al resto les faltaban medicamentos. “No sabemos cuánto nos va a costar reactivarlos. Las de la Montaña y Costa Chica dejaron de funcionar porque no hay personal médico ni medicinas. Para ponerlas a funcionar tenemos que esperar a que lleguen los recursos del Seguro Popular” (*Ibid.*).

Por su parte, Jorge Salgado Leyva, nuevo secretario de Administración y Finanzas, calificó de “crítica” la situación financiera que encontraron en la Secretaría de Salud: “nos dejaron pasivos muy fuertes. No hay comprobantes de los recursos del Seguro Popular” (*Ibid.*).

El propio Contralor General del Estado, Julio César Hernández Martínez, dio a conocer que en la Secretaría de Salud existe un faltante de más de 100 MP, sin incluir la compra del célebre helicóptero por 54 MP con recursos del Seguro Popular: “las irregularidades se presentaron en la adquisición de medicamentos, contratación de personal y contratos asignados, todo en un período de cinco años” (*La Jornada*, 27 de mayo, 2011).

Pero para no romper su cansina norma, el entonces Secretario Federal de Salud, José Angel Córdova Villalobos, volvió a atribuir a los gobiernos estatales los problemas en la operación de clínicas y hospitales, así como la carencia de médicos y medicamentos. Sostuvo, como siempre, que cuando un Estado solicita a la Federación recursos para la construcción de una unidad de salud o de un hospital, debe contar con un plan que establezca cómo lo van a mantener a largo plazo, pero que no siempre lo hacen:

hay una descentralización de los servicios de salud. Es una responsabilidad de los Estados y de la Federación. Desde hace siete años no construimos clínicas donde al Gobierno federal se le antoje; se hacen donde los gobiernos estatales las solicitan y las justifican. Obviamente, en esta solicitud debe haber la planeación de respaldo para ver hasta dónde se puede crecer. Nosotros hemos cumplido cabalmente con la aplicación del recurso donde se ha solicitado porque sí hay necesidad. No se ha hecho probablemente alguna planeación global para dirigir mejor los recursos.

Y al ser cuestionado sobre el incumplimiento de los Estados en la operación y mantenimiento de las clínicas, Córdova propuso “dotarlos de mayores herramientas para captar sus propios recursos y no depender así exclusivamente del presupuesto que les transfiere la Federación” (*Reforma*, 26 de abril, 2011).

2011. Los servicios del puerto de Acapulco

Los servicios del puerto son instalaciones viejas, con falta de personal, equipo, medicamentos, reactivos de laboratorio y bajos salarios. En la Clínica Avanzada de Atención Primaria a la Salud (CAAPS), desde mediados de febrero, personal médico se niega a realizar cirugías por el deficiente estado de los quirófanos, mientras en el Donato G. Alarcón, en Ciudad Renacimiento, han comenzado a escasear medicamentos del cuadro básico y un elevador no sirve. Los trabajadores del Hospital General, considerado el más importante de la Secretaría de Salud en el puerto, ocuparon la dirección exigiendo la destitución de su director porque consideran que no reúne

el perfil para el cargo y su nombramiento responde a motivos políticos de la nueva administración de Angel Aguirre:

necesitamos alguien que venga a resolver problemas. Aquí nos falta de todo. Cuando no se descompone una caldera, no hay agua; las enfermeras andan pidiendo jeringas al hospital del ISSSTE; no hay guantes, gasas, ropa, anestésicos ni antisépticos. El hospital se está cayendo.

Debido a la falta de insumos, dejaron de practicarse cirugías programadas desde hace mes y medio, lo que afecta a 200 personas a la semana. Desde octubre de 2008, al aparato de rayos X le falta una pieza, por lo que cada día 80 pacientes son remitidos a un laboratorio privado que cobrar 500 pesos por la placa más sencilla. Los técnicos de rayos X deben atender a sus pacientes con un equipo portátil que no cumple la NOM 229-SSAA-2002 de protección radiológica, pues desde hace días carecen del dosímetro. De la misma manera, el nuevo equipo para realizar mastografías no tiene revelador y licencia por lo que los servicios están suspendidos. “De todo el estado nos mandan pacientes, también de Michoacán y Oaxaca, de la CAAPS y del Hospital Donato G. Alarcón, pero no los podemos atender, no tenemos cómo hacerlo”, Héctor Briseño (*La Jornada*, 5 de mayo, 2011).

2011. El secretario Córdova se despide

Casi al culminar su gestión al frente de la SSA calderonista (junio de 2011), el aún Secretario Federal Córdova estimó que esa dependencia “dejará de condicionar la entrega de recursos económicos a los estados a la presentación de los comprobantes de gastos con la finalidad de que los programas fundamentales no se suspendan o retrasen”. Luego de siete años de operación del Seguro Popular “habrá que corregir los mecanismos de control y vigilancia”, dijo al referirse a la falta de transparencia y seguridad respecto a la operación de los programas fundamentales del sector derivado de que las entidades federativas disponen de dinero a discreción. Recordó que ya se hicieron algunos ajustes en el Presupuesto de Egresos de la Federación, para asegurar que los recursos se utilicen en la operación de los servicios médicos. Así quedó establecido el monto que se debe invertir en el personal de salud, la erogación que se aceptará como comprobantes para la compra de medicamentos y la cantidad que corresponde a los programas de prevención. “No se trata de acciones punitivas, sino de medidas

constructivas para que ese recurso, que hoy es más abundante, genere más salud en los estados”, por conducto de programas como el Seguro Médico para una Nueva Generación y Embarazo Saludable”. Sobre el riesgo de que se repitan problemas como el de Guerrero, explicó que para evitar situaciones de este tipo, están los órganos de supervisión, así como los congresos locales que deben tener una participación más activa en la vigilancia de la actuación de las autoridades (*La Jornada*, 2 de junio, 2011).

El helicóptero podría ser vendido

Ya bien instalado en la gubernatura, Angel Aguirre adelantó que el helicóptero *Augusta*, matrícula XC-LKX, que se adquirió en 2009 para el traslado de enfermos de las comunidades indígenas, podría ponerse a la venta. Su reparación, confesó,

costó un millón de pesos. Está a las órdenes de la Secretaría de Salud. Yo se lo he reiterado al secretario Lázaro Mazón. Yo no he usado el helicóptero para nada. Bueno y cuando se requiere de algún servicio el helicóptero ahí está. Algunos me han sugerido, me han aconsejado, que lo vendamos. Sin embargo, nosotros estamos en ese proceso de análisis de la pertinencia o no de que se mantenga dicho helicóptero.

Según documentos de la Contraloría General del Estado, la Secretaría de Salud lo compró en el 2009 en 44 MP. Sin embargo, el contralor Julio César Hernández Martínez indicó que aún no está comprobada su adquisición:

tras dos meses de auditorías en la secretarías de Salud, Educación, Colegio de Bachilleres y Conalep, se observaron irregularidades que suman más de 8 mil 184 MP. Se solicitó a la Secretaría de Salud y la de Finanzas de Administración del Estado el expediente técnico con la finalidad de que este órgano de control procediera a realizar la revisión correspondiente del procedimiento de contratación. Ambas dependencias respondieron de manera oficial que en sus archivos no se cuenta con el expediente en referencia.

La Contraloría también revisó las gestiones ante el proveedor Aerolíneas Ejecutivas, quien les proporcionó el contrato de compra-venta, así como las transferencias bancarias realizadas (*Reforma*, 7 de julio, 2011).

Para julio de 2011, la SSA-Guerrero debía más de mil MP a proveedores, buena parte de ellos ubicados en el rubro de pasivos del Seguro

Popular (*La Jornada*, 21 de julio, 2011). En octubre fueron denunciados 15 fallecimientos por un brote epidémico en el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense de Chilpancingo (*La Jornada*, 20 de octubre, 2011), mientras la Secretaría de Salud local solicitaba a la Federación un incremento de mil 500 MP, adicionales a los que ejerció durante 2011 (*La Jornada*, 27 de octubre, 2011). El 26 de noviembre, médicos y enfermeras tomaron el Hospital Donato G. Alarcón en Ciudad Renacimiento, Acapulco, inconformes con la designación del nuevo director —el sexto en 22 meses—, mientras denunciaban que carecían de papel higiénico, batas, cloro, lavandería e instrumentos para esterilizar. Paralelamente, los equipos de salud del CAAPS de la vecina colonia Progreso, protestaban por el nombramiento del nuevo director “porque se debe realizar de acuerdo con la base trabajadora” (*La Jornada*, 26 de noviembre de 2011).

Quinta parte. Conclusión. Descender al cuarto de máquinas

Las reformas mexicanas en el área de la salud iniciaron en el remoto 1982 con el “cambio estructural” soberonista y se extienden, sin pausa, desde entonces hasta nuestros días. Salvo el sexenio de Carlos Salinas de Gortari —con Jesús Kumate como titular del ramo—, absolutamente todas las otras administraciones asumieron, de una u otra manera, ese ciclo de reformas como su divisa sexenal. Empero, lo verdaderamente relevante es que —a diferencia de otros procesos de reforma viables en curso— el rasgo común de todo este largo arco que ya cubre 29 años es que ninguna de ellas está diseñada para mejorar efectivamente los servicios prestados. Todas ellas son reformas financieras. Ninguna, en el diseño mismo de lo que se pretendía reformar, *ha descendido al cuarto de máquinas*, al lugar que genera el proceso de producción del servicio.

Se trata, sin duda, de una anomalía que singulariza y marca la entera efectividad de su alcance reformista. El drama de sus autores se resume en que, al ignorar la composición de ese cuarto de máquinas, los ha empujado a sustituirlo con modelo virtuales que, lógicamente, no han más que empeorado la calidad del servicio prestado. En este sentido, la “reforma” que dio vida al Sistema de Protección Social en Salud: al Seguro Popular, es del todo emblemática.

¿Qué hay en el cuarto de máquinas?

Es el lugar desde el cual brota el servicio. Es donde se produce el acto mismo de la atención por los médicos, las enfermeras y las profesiones afines. Con el Seguro Popular, los trabajadores “precarios” integran ese equipo de salud con contratos temporales y sin prestaciones, como las de la propia seguridad social. Al finalizar el año 2010, ellos ya sumaban 70 mil.¹⁸ Es desde donde se organiza el proceso de atención. Y donde deben estar disponibles todos los insumos requeridos para solventar integralmente el debido proceso de atención. Algo muy similar debe decirse también de las buenas políticas preventivas de salud pública y su recto camino —de ida y vuelta— con la sociedad y la constelación de riesgos para la salud de que son víctimas.

*En la anomalía mexicana el asunto está invertido:
el cuarto de máquinas sirve a la misión financiera de la “reforma”*

La anomalía de las reformas mexicanas se patentiza en que ellas no procuran la mejora en la calidad del producto que resulta del cuarto de máquinas. Como sus propósitos son financieros, ellas parasitan de él. El orden de prioridades está invertido. En sentido estricto, el efecto neto final de la “reforma” debería redundar en una sensible mejora de las condiciones en que labora ese cuarto para, en esta misma medida, elevar la calidad de su producto: el proceso de atención. Todo ello se traduciría inmediatamente en beneficios para el usuario de la red: el paciente, el derechohabiente, el ciudadano. Pero en la anomalía mexicana sucede a la inversa. El cuarto es sacrificado en aras de las metas financieras de las reformas. Por ello mismo, los procesos de atención no sólo no han mejorado y, lógicamente, están peor que antes de esas reformas. Lo más grave es que no hay expectativa alguna de cambio de su actual estatus, mientras no se reformen esas reformas.

¹⁸ El 25 de octubre de 2011, Calderón presumió haber “regularizado casi 70 mil plazas del sector salud, en casi tres años y medio” (*Reforma*), cifra finalmente confirmada por el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTSSA), el 29 de noviembre de 2011 (*El Universal*, 29 de noviembre, 2011).

Bibliografía

- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2010), *Informe de Resultados 2010*, México, DF.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2011), *Ley General de Salud*, 16, 11, Título Tercero Bis, De la Protección Social en Salud, pp. 22-35, México, DF
- _____ (2008), SSA, *Calendario de Gasto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2008*, 2 de enero, México, DF.
- Granados, Otto (2011), “Virreyes o gobernadores”, *Nexos*, 406, México, DF, octubre, pp. 37-40.
- Hsiao, William and Heller, Peter. S. (2007a), “What Should Macro-economist Know about Health Care Policy”, *International Monetary Found, Working Paper WP/07/13*, Washington, DC.
- Hsiao, William (2007b), “Why is a systemic view of health financing necessary?”, *Health Affairs*, volume 26, number 4, Washington, DC, july-august, pp. 950-961.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2011), *Censo de Población y Vivienda 2010*.
- Leal F., Gustavo (2010a), *Nueva Ley del ISSSTE. 2007-2008. Materiales*, México, DF, DCBS-UAM-X, Colección Académicos, núm. 91.
- _____ (2010b), “El Programa Nacional de Salud 2007-2012. Una ‘alianza’ sin aliados para un ‘universalismo’ de mercado”, en *Salud y seguridad social. Planes y programas del calderonismo*, inédito, México, DF.
- _____ (2010c) “¿Igualdad de oportunidades? Salud y seguridad social en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012”, *Salud y seguridad social. Planes y programas del calderonismo*, inédito, México, DF.
- _____ (2009a), *El IMSS bajo el foxismo*, México, DF, DCBS-UAM-X, Colección Académicos, núm. 86.
- _____ (2009b), *El mito del “Seguro Popular” en el DF*, México, DF, Colección Académicos, núm. 85, UAM-X, DCBS.
- _____ (2008a), *El IMSS bajo el calderonismo. El pliego hostil de Molinar Horcasitas*, México, DF, ADN-Asamblea Nacional de Trabajadores Democráticos del IMSS.
- _____ (2008b), *El ISSSTE bajo el foxismo*, México, DF, DCBS-UAM-X, Colección Académicos, núm. 88.
- _____ (2006), *Planes y programas del foxismo*, México, DF, UAM-X, DCBS, Colección Académicos, núm. 67.
- _____ (2003), *Evidencia para las políticas*, México, DF, Imagen Médica.

Presidencia de la República (2008), Temas de Interés, *Diversas intervenciones en la ceremonia de arranque de la afiliación del Seguro Médico para una Nueva Generación*, México, DF, 26 de febrero.

Secretaría de Salud (SSA) (2008), “La salud como política de Estado requiere de la participación de los actores involucrados”, *Comunicado de Prensa* núm. 090, México, DF, 27 de marzo.

_____ (2007), “Se firma compromiso nacional para el seguro médico para una nueva generación”, *Comunicado de Prensa*, núm. 036, México, DF, 2 de febrero.

_____ (2001), *Reporte de la SSA sobre las unidades privadas con servicio de hospitalización en el México del 2001*, México, DF.

Diarios

El Sur.

El Universal, México, DF.

La Jornada, México, DF.

Reforma, México, DF.

Suplementos

“Orbe”, suplemento de *La Jornada*, México, DF.