

LATIN AMERICAN STUDIES ASSOCIATION XX INTERNATIONAL CONGRESS
Guadalajara, México, 17-19 de abril de 1997

LA POLARIZACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD EN MEXICO

Oliva López Arellano¹
José Blanco Gil²

Introducción

En los 90's, la complejidad creciente de las formas de enfermar y morir de los mexicanos, de los riesgos para la salud - diversos y magnificados por la crisis y la "amarga medicina neoliberal" - el agotamiento de las reservas familiares y comunitarias para resistir una situación crítica que ya se prolonga por más de una década, se suman al deterioro de las instituciones públicas de atención médico-sanitaria y colocan a la sociedad frente a la necesidad insoslayable de reformar el sector salud.

Así, impulsar una reforma del sector salud, es un punto de acuerdo de los distintos actores sociales, sin embargo las divergencias radican en la explicación sobre las causas que originaron el deterioro sanitario y, fundamentalmente, en torno a los temas de la agenda para la reforma y sobre los principios rectores que deben guiar esta transformación. Las divergencias son esenciales, en tanto no se debate respecto a un conjunto de formulaciones técnicas y/o administrativas que atenúen los problemas en la

¹ Profesora-Investigadora Titular, Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

² Profesor-Investigador Titular, Maestría en Medicina Social, Jefe del Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

prestación, producción y financiamiento de los servicios de salud y seguridad social, sino sobre una profunda redefinición de los sistemas de protección social en México.

Por estas razones, los ejes para la reforma del sector salud requieren aún ser explicitados, debatidos y construidos los consensos para avanzar en una reforma en salud y seguridad social incluyente que beneficie a todos los mexicanos y haga realidad el derecho a la salud.

El contexto

La reforma de la salud y la seguridad social en México, se da en un marco de procesos globales de reorganización capitalista, en donde el desarrollo científico-técnico, posibilita una modernización de procesos productivos que imponen nuevos modelos de uso y de exclusión de la fuerza de trabajo. La precarización del empleo, la flexibilización laboral y el desempleo estructural son característicos de este momento. En este proceso de reorganización mundial, se altera el contexto bipolar de los bloques de superpotencias, se erosionan los estados-nación y se articulan espacios supranacionales de decisiones económico-políticas.⁽¹⁾ Esta reorganización capitalista entraña contradicciones y límites de la modernización globalizada, redefinición de las relaciones estados-mercados y estados-sociedades y la conformación de megaproyectos sociales en donde la destrucción de los derechos sociales es un punto esencial.

En esta redefinición global, la política social asume un papel residual y las políticas de salud restringen la acción pública a modelos asistencialistas y selectivos que se concretan a través de paquetes de servicios básicos, justificados desde una perspectiva tecnocrática, en donde nuevos actores como las agencias financieras multinacionales

(Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo), asumen un papel protagónico.⁽²⁾

En este contexto internacional, el gobierno mexicano - bajo el argumento de la globalización y la necesaria modernización del Estado - ha instrumentado desde 1982, una reforma neoliberal en el ámbito de las políticas sociales que entraña una redefinición de las relaciones Estado-sociedad y Estado-mercado, recortando el gasto social y desplazando la responsabilidad estatal de garantizar los derechos sociales constitucionales - salud, educación, empleo - hacia diversos grupos, desmantelando la vertiente "de bienestar" (restringida y excluyente) que el Estado mexicano había desarrollado en las décadas anteriores.⁽³⁾

La transformación de la política social, se realiza a través de una propuesta articulada a la plataforma neoliberal, en donde el bienestar social pertenece al ámbito de lo privado; la salud interesa en términos de capital humano (para los pobres) o de inversión rentable y la acción pública "legítima" se limita al combate a la pobreza extrema, así como a lo que los privados no pueden o no quieren hacer.⁽⁴⁾

Los ejes de la reforma transitan de derechos sociales a igualdad de oportunidades, de universalidad a propuestas crecientemente selectivas, de solidaridad a individualización de costos, de integralidad a fragmentación y de equidad social a equidad sectorial (en el mejor de los casos). Se pretende con esto, liberar mercados cautivos, racionalizar los recursos, abaratar los costos, simplificar aun más la prestación de servicios públicos y redefinir los espacios-población hacia los que se orienta este quehacer simplificado.

El tránsito de una política social (PS) del bienestar cuyos principios articuladores son: la solidaridad, la universalidad, la integralidad, la equidad y la ciudadanía, plasmados en la noción de derechos sociales, hacia una PS bipolar (de mercantilización y neobeneficencia), redefine la relación público-privado en los sistemas de protección social. En esta redefinición se privatizan áreas rentables de las instituciones de bienestar social, se descentralizan los problemas de la regulación, el financiamiento y la producción de servicios a los estados y municipios, sin fortalecer la capacidad, técnica, financiera y organizacional para enfrentarlos. Así mismo, se favorecen los mecanismos autoritarios y clientelistas de prestación de servicios, se privilegian las formas asistenciales y selectivas, se favorece la exclusión de grandes grupos sociales y se profundiza la inequidad ya existente.⁽⁵⁾

En la década de los 80's y primera mitad de los 90's, en forma paralela a un discurso oficial que proclama la universalidad, la equidad y la solidaridad en la atención a la salud, los servicios y programas transitan de propuestas integrales, incluyentes e intersectoriales a planteamientos de acción selectiva y focalizada a través de medidas epidemiológicas puntuales dirigidas a la población pobre. El proceso de reorganización sanitaria y más específicamente la descentralización de los servicios de atención a población abierta juegan un papel muy importante en esta transformación, por lo que las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social (fundamentalmente la Secretaría de Salud y el IMSS-Solidaridad), se constituyen en la punta de lanza de esta estrategia de neobeneficencia sanitaria.⁽⁶⁾

La reforma zedillista en salud y seguridad social

La reforma de la salud y la seguridad social iniciada en 1982 e impulsada en el gobierno de Carlos Salinas (1988-1994), vive en el presente sexenio una fase de continuidad y profundización a través de dos vertientes: las modificaciones a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que sustituye la concepción constitucional pública, solidaria redistributiva e integral de la seguridad social, por otra individualista con una fuerte tendencia privatizadora; y la reorganización de los servicios que atienden a la población no derechohabiente, contenidas en la propuesta de reforma del sector salud.

En el primer caso, la nueva ley elimina el papel del IMSS como responsable único de la administración de fondos y pagador de las pensiones, al asignar estas tareas a las Afores y a las aseguradoras, legaliza la administración y el control privado sobre los fondos de pensiones y expresa la agenda oculta de la reforma: la transferencia masiva de fondos del sector público al privado, el fortalecimiento de los grupos financieros y la mercantilización del sistema de pensiones.⁽⁷⁾⁽⁸⁾ En forma semejante, la propuesta de reversión de cuotas en los servicios de atención médica, impulsa la opción privada dentro del sistema de aseguramiento y en un futuro no muy lejano se estará en presencia de un éxodo de cotizantes de mayores ingresos hacia la atención privada por la vía de la reversión de cuotas.⁽⁹⁾ En tanto estos cotizantes (alrededor de 20%) aporta el 45% de los recursos cotizados por los trabajadores,⁽¹⁰⁾ es previsible una profundización del desfinanciamiento de los servicios médicos del IMSS y una selección adversa para la institución pública, que se quedará con los trabajadores de menores ingresos y mayores riesgos, así mismo con aquellos excluidos de la atención privada por la complejidad, costo

y/o cronicidad de su patología.

En el segundo caso y complementario a esta modernización neoliberal de la seguridad social, se inscriben las propuestas de reorganización de las instituciones públicas de salud, en donde se plantea que los fondos públicos deben canalizarse a financiar únicamente servicios básicos y, permitir y alentar la conformación de mercados estables en donde la resolución de las necesidades de atención se realice en forma privada.⁽¹¹⁾

La reforma del sector salud: descentralización y servicios básicos

El Programa de reforma del sector salud propone a la descentralización de los servicios de salud y a la implementación de un paquete de servicios básicos, como ejes centrales para la reorganización de los servicios de atención a población sin seguridad social.⁽¹²⁾

El proceso de descentralización propuesto como eje de la reforma del sector salud - al igual que su antecedente de los años ochenta - plantea la entrega de las unidades de la Secretaría de Salud (Ssa) y del Programa IMSS-Solidaridad a los gobiernos estatales, con el propósito de conformar Sistemas Estatales de Salud (SESA)⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾; reedita las consideraciones sobre las necesidades y ventajas de descentralizar y expresan objetivos semejantes a los enarbolados en aquel periodo (1984-1988).⁽¹⁵⁾ Sin embargo, está ausente un balance crítico sobre lo ocurrido con las 14 entidades federativas que se descentralizan entre 1985 y 1987, en donde en realidad lo que se concreta es una desconcentración operativa y contra lo planteado en el discurso, se agudizan diversos problemas en el sector salud.

Así, es necesario recordar que la descentralización de los ochenta lesionó el funcionamiento regular de los servicios e impactó negativamente la eficacia de diversos programas de control de enfermedades. Esta experiencia descentralizadora, no es hipotética y debería ser tomada en cuenta en este nuevo intento de descentralización en salud, ya que aún cuando el avance de la descentralización en los 14 estados fue desigual, en mayor o menor medida, enfrentó problemas financieros, de infraestructura, de distribución y abasto, así como problemas laborales y oposición de los gobiernos locales a estatizar al personal de los servicios por las repercusiones económicas y políticas para los estados.⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

La situación fue tan grave, que en 1988 se suspende indefinidamente el proceso descentralizador. El Programa IMSS-Solidaridad se recupera parcialmente y para 1990 opera en 17 estados, con 2 666 unidades de primer nivel (UMR), 52 hospitales rurales y una cobertura aproximada de 11 millones de mexicanos,⁽¹⁹⁾ sin embargo, las condiciones para transitar hacia las intervenciones focalizadas en el ámbito sanitario ya están dadas y el discurso gubernamental las justifica en términos del ahorro y la optimización del gasto social.⁽²⁰⁾

La propuesta de servicios básicos y/o intervenciones puntuales en la lógica de abaratar costos y maximizar resultados no es nueva, basta recordar el tránsito de los planteamientos integrales de Atención Primaria a la Salud (APS),⁽²¹⁾ a la APS selectiva⁽²²⁾ y el éxito limitado de propuestas como el GOBI-FFF - por las siglas en inglés de: Growth, Oral rehydration, Breast feeding, Inmunization, Family planning, Food supplementation, Female status -.⁽²³⁾⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾ Reeditando esta discusión en los 90's, agencias financieras

supranacionales (p.e. el Banco Mundial) proponen reorientar los recursos hacia las intervenciones que cuestan poco y que pueden reducir la carga de morbilidad de forma espectacular sin incrementar los gastos. Por estas razones, proponen que los gobiernos financien un conjunto limitado de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales, dirigidos fundamentalmente a la población pobre.⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾

La insistencia neoliberal en la selectividad de la acción pública en salud, no se limita a las acciones puntuales, sino que incluye también a las poblaciones. Así, se propone restringir la actividad a los grupos pobres y al interior de la población así etiquetada, focalizar, aún más, su quehacer en algunos subgrupos. Las propuestas de capacitación e información a las mujeres pobres,⁽²⁸⁾ los programas para fomentar la escolaridad de las niñas pobres⁽²⁹⁾ y el tratamiento de enfermedades comunes graves de la población infantil pobre⁽³⁰⁾ se inscriben en esta lógica.

En México se determinaron 12 acciones constitutivas del paquete de servicios básicos, que se limitan a: saneamiento básico a nivel familiar; manejo de casos de diarrea en el hogar; tratamientos antiparasitarios a las familias; identificación de signos de alarma de infecciones respiratorias agudas y referencia a unidades de atención médica; prevención y control de tuberculosis pulmonar; prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus; inmunizaciones; vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño; servicios de planificación familiar; atención prenatal, del parto y puerperio; prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones, así como, participación social.⁽³¹⁾

Esta propuesta contrasta con la perspectiva integral que enarbola los principios básicos de la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS) y que sustenta, por

ejemplo, la creación del IMSS-Solidaridad, en donde la salud se concibe como resultado de las condiciones vida y trabajo de las poblaciones y plantea su modificación, no sólo a través de la acción médica, sino también y esencialmente, por medio del quehacer sanitario y la transformación social.⁽³²⁾ Concepción que se concreta en un conjunto de servicios y opciones de atención de 1º y 2º nivel, para la población históricamente más excluída (campesinos e indígenas). En sus etapas de mayor desarrollo este programa incluía: "atención continua e integrada de promoción, protección y recuperación de la salud..(con servicios de)..consulta externa, asistencia farmacéutica, atención materno infantil y planificación familiar, educación para la salud, orientación nutricional, promoción del saneamiento, inmunizaciones y control de enfermedades transmisibles"⁽³³⁾. Así como, servicios de 2º nivel de atención, en las clínicas-hospital de campo en donde se prestan servicios de: consulta externa de la especialidad de medicina familiar, medicina preventiva, atención odontológica, asistencia farmacéutica, consulta externa y hospitalización de las divisiones básicas de la medicina (ginecobstetricia, pediatría, cirugía y medicina interna.⁽³⁴⁾

Por las razones antes expuestas, estos elementos centrales de la propuesta gubernamental para reformar el sector salud, parecen sumamente riesgosos si no se explicita su carácter, los mecanismos y recursos para instrumentarlos y el papel que jugarán en el fortalecimiento de los servicios de atención a población no derechohabiente.

En la medida que estas propuestas de reorganización de las instituciones públicas de salud, se inscriben en la lógica neoliberal, es de esperarse que tanto la descentralización, como el paquete de servicios básicos, restringan en los hechos el papel

del Estado como financiador y productor de servicios, al pretender que los fondos públicos se canalicen a financiar únicamente estos servicios, "liberando" mercados cautivos.

La reforma bipolar en salud. Retroceso ético e institucional

Un primer problema de esta propuesta de reorganización sanitaria es de carácter ético, en tanto la salud deja de ser considerada una necesidad humana básica y su atención un satisfactor esencial y un derecho inalienable para convertirse en un bien privado. Es destruida la ética pública en torno a la salud y su atención, construida en décadas anteriores, cristalizada en un amplio desarrollo institucional, producto del esfuerzo de varias generaciones de mexicanos y en una perspectiva política en donde el bienestar social pertenece a la esfera de lo público y la política social es entendida como elemento básico del proyecto económico y como espacio fundamental para la construcción de alianzas.

En esta (contra)reforma, se concibe a la salud como un medio y no como un fin en si misma, privilegiando su función económica, en términos de la apertura de nuevos espacios para la acumulación privada o del aumento del "capital humano" de la población pobre.

La acción pública selecciona poblaciones y limita intervenciones prioritarias. Así, para la selección de las poblaciones se recomiendan diversos mecanismos que van desde la evaluación individual de ingresos, estado nutricional, características de la vivienda, hasta la credencialización de los "pobres";⁽³⁵⁾ mientras que para las intervenciones se privilegian las acciones puntuales simplificadas y de bajo costo, que impactan rápidamente algunos indicadores de daño extremo, pero que no modifican esencialmente las situaciones de salud-enfermedad que sufren dichas poblaciones.

La renuncia del Estado a garantizar el derecho a la salud para todos sus ciudadanos restringiendo la acción pública sólo a los sectores empobrecidos, conforma dos estrategias polares pero complementarias: la asistencia selectiva, en donde un sector de la población es atendido por su condición de indigente - versión moderna de la beneficencia decimonónica - y los servicios funcionan por el principio de pobreza y no de ciudadanía y; la privatización selectiva, en donde otro sector de la población accede a los servicios salud según su capacidad de pago y éstos funcionan en la lógica de atender clientes y no ciudadanos.⁽³⁶⁾

En ambos casos, la población así etiquetada pierde - en los hechos - su condición de ciudadanía, los servicios públicos tienden a una mayor fragmentación y se privilegia el quehacer selectivo y puntual, en detrimento de la atención integral a la salud. Adicionalmente, se fragmenta el quehacer público y se posibilita que las acciones puntuales se estructuren en forma vertical, con fondos especiales y "por fuera" de las instituciones de salud. Esta institucionalidad paralela, en momentos en donde emergen con fuerza actores supranacionales como el Banco Mundial y nuevos actores como el empresariado médico, las aseguradoras privadas, acelera el debilitamiento institucional del sector público de salud.⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾

En este proceso, la responsabilidad social en la producción de la enfermedad y la muerte como procesos colectivos es sustituida por la responsabilidad individual y familiar. El compromiso de elevar los niveles de salud de la colectividad como responsabilidad de toda la sociedad y tarea de Estado, es sustituida por la visión pragmática de atender sólo a la población pobre, transfiriendo una parte importante de los costos a las unidades

familiares y de rescatar para el mercado todos los servicios médico-sanitarios rentables. En los hechos, se anula el concepto incluyente de derechos sociales y las formas solidarias para garantizarlos.

Finalmente la acción pública para transformar las condiciones de salud de las poblaciones se limitan a aquellas intervenciones que modifican condiciones, capacidades y conductas individuales y/o familiares⁽⁴⁰⁾, en detrimento de las propuestas orientadas a construir un piso basal igualitario para la salud. Lo preventivo se reduce a extremos inaceptables (sólo vacunas, rehidratación oral, orientación nutricional y educación para la salud) y se desdeñan la prevención integral - es decir aquella que plantean la modificación de las condiciones materiales de existencia, reduciendo los riesgos estructurales que enfrentan los diversos los grupos sociales - y el principio de ciudadanía como condición suficiente para acceder a la atención a la salud.

En el terreno de las ideas, esta (contra)reforma de la salud y la seguridad social, cancela abruptamente aquellas propuestas de reorganización de los servicios de salud que reconocen la importancia de los procesos sociales en la determinación del fenómeno salud/enfermedad colectiva, que proponen acciones integrales para la resolución de los problemas de salud, que privilegian las propuestas que movilizan recursos y saberes locales, que parten de las necesidades de salud sentidas por las poblaciones y que hacen énfasis en la prevención, en la participación ciudadana y en una atención médica articulada a las transformaciones del entorno donde transcurre la vida de las comunidades.⁽⁴¹⁾

Consideraciones finales

La modernización neoliberal de las políticas de salud iniciada en 1982 y su progresión transexenal (1982-1988 y 1988-1994) potenciada por la crisis renovada desde finales de 1994, aceleró el deterioro de los servicios de salud y seguridad social, colocando a las instituciones del sector en una situación de emergencia. A pesar de esta situación, y a diferencia de sectores privados - también en crisis - que fueron apoyados con recursos públicos para impedir su colapso,⁽⁴²⁾ los servicios de salud en ningún momento recibieron fondos de emergencia para frenar su deterioro. Mientras que para el rescate de la banca se comprometieron recursos cercanos a los 30 mil millones de dólares, frente a la situación crítica del sector salud no sólo no se consideraron recursos contingentes, sino que el precario funcionamiento de las instituciones de salud y seguridad social fué exhibido como un problema inherente a su carácter público, integral y solidario, y usado como justificación para esta nueva etapa de modernización neoliberal.

Sin negar los múltiples problemas que enfrenta hoy el sector salud (inequidad, centralización, insuficiencia de recursos, burocratismo, heterogeneidad en la calidad de la atención, entre otros),⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾ es necesario frenar su destrucción; asumir que la costosa travesía neoliberal (1982-1997) ha mermado las reservas de las instituciones públicas de salud - por la vía del desfinanciamiento, de la descentralización autoritaria y sin recursos, de la contracción salarial de los trabajadores del sector y de la desvalorización social de su quehacer - y las ha deslegitimado frente a la ciudadanía;⁽⁴⁵⁾ e insistir en que su presencia nacional y su nivel de desarrollo son la base material a partir de la cual es posible refundar para hacer realidad el derecho a la protección a la salud para todos los mexicanos.

Desde nuestra perspectiva, una reforma que asuma como eje articulador la garantía constitucional del derecho a la salud, y los principios de universalidad, integralidad y solidaridad, necesariamente deberá reconstruir a partir de la amplia base material (7 061 unidades médicas) y humana (más de 100 mil trabajadores de la salud) de las instituciones de salud que atienden a población no derechohabiente.⁽⁴⁶⁾

Hoy la defensa de las instituciones públicas de salud es estratégica, pues sólo una institución fortalecida en el ámbito de la regulación y de la conducción global de políticas de salud y seguridad social, diseñadas al amparo del derecho constitucional a la protección a la salud es garantía para la estabilidad de propuestas y acciones. Sólo en este contexto, la focalización de las acciones y la selección de las poblaciones, son complementarias y obedecen más a una lógica de intensificación que a una lógica de exclusión y, permiten articular acciones de emergencia, intervenciones puntuales que impactan rápidamente algunos indicadores de daño, con transformaciones estructurales (calidad de vida, seguridad en el empleo, salario digno).

Es importante insistir que hasta hoy, el conjunto de propuestas en salud han sido impuestas autoritariamente a la mayoría de los mexicanos y los consensos aún están por construirse. Es necesario reabrir el debate sobre la reforma de la salud y la seguridad social, avanzar en la formulación de propuestas que permitan remontar los diversos problemas que enfrenta el sector y contribuir a la reconstrucción de las instituciones de bienestar social que requiere un proyecto nacional incluyente.

Notas y Referencias

1. Soto E. Carrillo M.A. y Revueltas A. (Coordinadores). **Globalización, economía y proyecto neoliberal**. Col. Ensayos, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 1995.
2. Banco Mundial. **Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud**, Washington, D.C. 1993.
3. López O. y Blanco J. **La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta**. Col. Ensayos, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 1993. pp. 25-35
4. Laurell, C. **La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud**, Fundación Friedrich Ebert, México, 1991, pp. 9-15
5. López O. La política de salud en México. ¿Un ejemplo de liberalismo social?. En: Laurell C. (Coord.) **Estado y políticas sociales en el neoliberalismo**. Fundación Ebert, México, 1994, pp. 165-183
6. López, O. y J. Blanco. **La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta**. *op. cit.*
7. Laurell C. No hay pierde: todos pierden. La reforma a la ley del IMSS. Instituto de la Revolución Democrática, México, 1996.
8. Ulloa O. Nueva Ley del Seguro Social: La reforma previsional de fin de siglo. El Cotidiano N° 76, México, julio-agosto de 1996.
9. Laurell C. Para pensar una política social alternativa. En: Vilas C. (Coord.) **Estado y políticas sociales después del ajuste. Debates y alternativas**. UNAM/Nueva Sociedad, México, 1995. pp. 183
10. Laurell C. Para pensar una política social alternativa, *op. cit.*
11. Laurell C. y López, O. Market commodities and poverty relief. The World Bank Proposal for health. International Journal of Health Services, vol. 26 n° 1, enero-febrero de 1996
12. **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000**, Poder Ejecutivo Federal, México.
13. Diario Oficial de la Federación, México, 8 de marzo de 1984
14. Diario Oficial de la Federación, México, 24 de junio de 1985

15. Ver por ejemplo, la justificación expuesta en el Programa Nacional de Salud, 1984-1988 y las razones mencionadas durante la ceremonia de firma de acuerdos y convenios para la descentralización de los servicios de salud, que hacen referencia a dejar atrás el centralismo, hacer efectivo el derecho a la salud, dar uso más eficiente al gasto social y atacar la marginación y la pobreza (versión estenográfica de las palabras del presidente Zedillo en el acto) La Jornada, 21 de agosto de 1996, p. 10.
16. Evaluación de la descentralización de los servicios de salud a población abierta en cuatro entidades federativas. Ssa, México, julio de 1989. Documento fotocopiado
17. Evaluación de la descentralización de los servicios de salud a población abierta, Ssa, México, 1990, Documento fotocopiado
18. López O. y Blanco J. **La modernización neoliberal en salud.** *op. cit.*
19. Programa IMSS-Solidaridad, Boletín Informativo, Vol. 8, N° 1, México, enero-febrero de 1990, p. 1
20. **Programa Nacional de Salud 1990-1994**, Poder Ejecutivo Federal, México
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Alma Ata. Reporte de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, Génova, 1978.
22. Walsh, J. y Warren K. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries, New England Journal of Medicine, 1979, N° 301, pp. 967-974
23. Gish O. Selective primary health care: old wine in new bottles. Social Science and Medicine, 1982 vol. 16, pp 1054-1094
24. Unger, P. y Killingsworth J. Selective primary health care: a critical review of methods and results, Social Science and Medicine, 1986, vol. 22, N° 10, pp 1001-1013
25. Berman P. Selective primary health care: is efficient sufficient? Social Science and Medicine, 1982, vol. 16, pp. 1054-1094
26. Banco Mundial, *op. cit.* p. 8
27. Banco Mundial, *op. cit.* p. 22
28. Banco Mundial, *op. cit.* p. 43
29. Banco Mundial, *op. cit.* p.49
30. Banco Mundial, *op. cit.* p. 117

31. **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.** Anexo B: Paquete básico de servicios de salud. Poder Ejecutivo Federal, México, pp. 73-78
32. López O. De la solidaridad social a la neobeneficencia sanitaria, un riesgoso camino para el IMSS-Solidaridad, **Memorias del Foro Beneficios, Costos y Financiamiento de la Seguridad Social**, 27 y 28 de julio de 1995, Palacio Legislativo, San Lázaro, México, pp. 88-89.
33. Convenio IMSS-Coplamar para el establecimiento de servicios de salud en el medio rural, Palacio Nacional, México, mayo de 1979, p.8
34. Convenio IMSS-Coplamar, *op. cit.* , p.8
35. Véase por ejemplo, el programa piloto en el estado de Tabasco, para la utilización de la llamada "tarjeta inteligente", en donde se pretende credencializar a los "pobres extremos" y con este mecanismo subsidiar individualmente la demanda de algunos servicios educativos y de salud.
36. López O. La selectividad en la política de salud. En: Laurell C. (coord.) **Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud.** Fundación Ebert, México, 1994, pp. 33-60
37. Grodros, D. y Béthuna X. Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del tercer mundo. Cuadernos Médico-Sociales N° 60, 1988, pp. 71-85
38. Torres, C. Las políticas de salud de la región de las Américas para los 90. Ponencia presentada en el XVIII International Congress of Latin American Studies Association (LASA), 10-12 de Marzo de 1994, Atlanta, Georgia
39. Laurell C. La cuestión social mexicana y el viraje de la política social. En: Valenzuela J. (Compilador). **México: ¿Fin de un régimen?** Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México, 1995, pp.127-133
40. Garduño, A. y Peña F. Unidades familiares, mujeres y salud en el desarrollo. En: Laurell C. (Coord.) **Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud**, Fundación Ebert, México, 1994.
41. Por ejemplo, las propuestas contenidas en la Declaración de Alma Ata (URSS, 1978) en donde los gobiernos de 120 países se comprometen a impulsar la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS) para lograr la meta de Salud para Todos en el año 2000 (ST/2000), que sintetiza los avances sanitarios pero también las contradicciones y el eclecticismo de ese momento.

42. Zedillo E. II Informe de Gobierno, versión estenográfica, La Jornada, 2 de septiembre de 1996. México.
43. Fundación Mexicana para la Salud. **Economía y Salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final.** México, 1994, pp. 155-198
44. **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000**, *op. cit.* pp. 10-14
45. López O. y Blanco J. **La modernización neoliberal en salud.** *op. cit.*
46. Recursos mencionados durante la ceremonia de la firma de acuerdos para la descentralización de los servicios de salud. Versión estenográfica de las palabras del presidente Zedillo en el acto, Periódico la Jornada, 21 de agosto de 1996, p. 10