

La política social en el proyecto neoliberal.

Necesidades económicas y realidades socio-políticas

Asa Cristina Laurell *

En el contexto de la crisis prácticamente todos los gobiernos latinoamericanos están aplicando programas económicos de «ajuste y cambio estructural» inspirados en las doctrinas neoliberales. Sus rasgos más sobresalientes son la reducción drástica y control estricto del gasto público (con excepción de la parte destinada al pago de la deuda pública) e incrementos en las tarifas de los bienes y servicios públicos; redefinición del tipo de cambio; apertura externa, comercial y de inversión; privatización de las empresas públicas; desregulación de la actividad financiera (y su inusitado auge); desregulación y flexibilización de la relación laboral (con ataques a los sindicatos, destrucción de los contratos colectivos y cambios regresivos en la legislación laboral) y depresión salarial.

Los costos sociales de estos programas son muy altos y se expresan en un proceso de empobrecimiento de la absoluta mayoría de la población, incluyendo a sectores medios asalariados y de trabajadores organizados; proceso que se debe principalmente a la caída salarial y el rápido aumento del desempleo y del empleo informal. Esto ha provocado que una parte creciente de los latinoamericanos se está incorporando a la condición de pobreza o extrema pobreza. Sin embargo, el origen del empobrecimiento es parcialmente ocultado con un discurso que lo presenta como efecto de la crisis económica y no de la aplicación de las políticas neoliberales. Es decir, pretende disociar la política económica de sus resultados sociales argumentando que éstos son efectos secundarios y sacrificios temporales, sin una relación directa y necesaria con el contenido del nuevo patrón de acumulación que se está imponiendo¹, a pesar de que se ha mostrado concentradora en lo económico y excluyente en lo social en todas partes del mundo².

En este contexto cabe preguntarse cuál es el papel de la política social en el proceso. En este tra-

bajo, exploraremos este interrogante en dos vertientes. La primera cuestión a aclarar es si el proyecto neoliberal, como proyecto global de organización de la sociedad, tiene una concepción y requiere de un nuevo tipo de política social; problema que se analiza a partir de las concepciones expresadas por sus ideólogos y el contenido general del proyecto. La segunda, es desentrañar si los cambios en la política social contribuyen al proceso de empobrecimiento y de creciente desigualdad; o, por el contrario, lo está amortiguando e incluso revirtiendo, como reclama el discurso sobre el «combate a la pobreza»; cuestión que se revisa en lo general y particularizando en la política de salud ejemplificando con México, considerado uno de los casos exitosos de la aplicación de los programas neoliberales.

LA POLÍTICA SOCIAL EN LOS PROYECTOS NEOLIBERALES

La crisis capitalista global de los setenta suscitó el cuestionamiento del Estado Benefactor o, lo que es lo mismo, de las políticas sociales del capitalismo avanzado. Se convirtió en un punto central de discusión y confrontación porque, bajo una u otra forma, era una realidad presente en todas estas sociedades y materializaba el pacto social de la segunda posguerra³. Con la emergencia de la Nueva Derecha, expresión político-ideológica del neoliberalismo, la crítica global del Estado Benefactor desplazó al anterior debate sobre el contenido y la forma de las políticas sociales en el marco de éste. Con ello, se da una polarización entre la posición neoliberal, agresiva y abiertamente contraria al Estado Benefactor, y todas las demás posiciones, renuentes hasta entusiastas, que lo aceptan⁴.

El rechazo de los neoliberales o «anti-colectivistas»⁵ —representados, por ejemplo, por Hayek y Friedman— al Estado Benefactor se desprende de

* Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

los valores que sustentan a esta concepción ideológica, a saber, la libertad individual y la desigualdad. Es abiertamente anti-igualitaria porque postula que la desigualdad es el motor de la iniciativa personal y la competencia entre los individuos en el mercado que corrige todos los males económicos y sociales. Además, desconfía de la democracia⁶ ya que en las sociedades basadas en la democracia representativa se organizan grupos de interés o corporativos que formulan demandas, actúan y votan en función de la promesa de su satisfacción lo que tiende a incrementar la intervención estatal restringiendo el libre mercado y la iniciativa individual.

El antiestatismo de los neoliberales sigue de su fe en el individualismo, la competencia y el mercado. Se dirige, por una parte, a limitar la intervención del Estado en la economía, tanto en su planeación y conducción como en cuanto agente económico directo y, por el otro, a reducir sus funciones relacionadas con el bienestar social. Sin embargo, habría que recordar que los neoliberales quieren un Estado fuerte capaz de garantizar un marco legal adecuado para crear las condiciones propicias de expansión del mercado.

Los neoliberales sostienen que el bienestar social pertenece al ámbito de lo privado y que sus fuentes «naturales» son la familia, la comunidad y los servicios privados. Por ello, el Estado sólo debe intervenir a fin de garantizar un mínimo para aliviar la pobreza y producir aquellos servicios que los privados no pueden o quieren producir. Propugnan, pues, un Estado de beneficencia pública o Asistencialista y no Benefactor. Esto implica que el neoliberalismo rechaza el concepto de los derechos sociales y la obligación de la sociedad de garantizarlos a través de la acción estatal; está terminantemente en contra de la universalidad, igualdad y gratuidad de los servicios sociales.

Las estrategias encaminadas a reducir la acción estatal en el terreno del bienestar social son el recorte del gasto social eliminando programas y reduciendo beneficios; la focalización del gasto, o sea, su canalización a los grupos indigentes previa comprobación de su pobreza; la privatización de la producción de servicios; y la descentralización de los servicios públicos al nivel local⁷.

Detrás de esta concepción ideológica de la política social están las necesidades económicas del nuevo patrón de acumulación. Su implantación requiere de la ampliación de los ámbitos de inversión privada, y para ello es preciso abrirle todas las actividades económicas **rentables**⁸. En este esquema el aseguramiento y la producción de los servicios sociales privados desempeñan un papel importante. Para tener una idea de la magnitud potencial de ese negocio se puede ejemplificar con la industria de la salud de los EUA que maneja el 12 % del PIB, o 600 mil millones de dólares al año⁹, y se ha constituido en una de las actividades económicas más importantes, superada sólo por la industria bélica y petrolera.

Aunque los gobiernos han podido vencer la resistencia al retiro del Estado de la economía no ocurre lo mismo cuando plantean su abandono de la

obligación de garantizar los derechos sociales. Tan es así que donde este planteamiento ocupa un lugar importante en el discurso, como en Inglaterra, no se ha hecho realidad¹⁰ e, incluso, se ha convertido en un tema político central con implicaciones electorales de primer orden. En este sentido ha resultado cierta la «irreversibilidad» del Estado Benefactor¹¹ ya que el desmantelamiento de sus instituciones sociales no ha sido ni posible, por las relaciones de fuerza política, ni legítimo, debido a su popularidad incluso entre los votantes por las opciones de la Nueva Derecha¹².

El impacto global de la política neoliberal en los países desarrollados ha sido la redistribución regresiva del ingreso e incremento en la pobreza relativa y absoluta con sus efectos de exclusión social¹³. Sin embargo, esto ocurre fundamentalmente como resultado de las medidas económicas y no por la eliminación de las instituciones sociales del Estado Benefactor que sólo han sido afectadas marginalmente por ciertos recortes o modificaciones en algunos programas de protección social¹⁴. A pesar de ello el neoliberalismo ha tenido un inmenso impacto ideológico ya que ha logrado legitimar valores como el «sano» egoísmo y el darwinismo social. También es justo reconocer que sus planteamientos han impulsado el debate sobre problemas reales de muchas instituciones públicas como son el centralismo, burocratismo, autoritarismo y otras prácticas antidemocráticas.

El proceso de implantación del proyecto neoliberal en los países latinoamericanos presenta algunas diferencias cruciales respecto al de los países capitalistas avanzados. De esta manera, los hechos indican que se está imponiendo un proyecto neoliberal más ortodoxo, o sea, se está instrumentando no sólo sus postulados de política económica sino también de política social.

El «adelgazamiento» del Estado para ceder espacios al capital privado no se está dando únicamente en la esfera económica sino también en la del bienestar social. Sin embargo, dado que la implantación del nuevo patrón de acumulación se da en medio de y provoca una exclusión económica y social mucho más grave que en los países desarrollados topa con obstáculos económicos más complejos y resistencias socio-políticas explosivas. Los obstáculos económicos se derivan de que sólo una parte de la producción de los servicios sociales es rentable y además para serlo requiere de un mercado estable y garantizado en cuya creación las medidas estatales son cruciales. Los problemas políticos surgen porque la supresión a los derechos sociales incrementa gravemente la conflictividad social, a pesar de que estos derechos con frecuencia no se cumplían cabalmente.

Por ello, generalmente hay un discurso más cuidadoso y se matizan, o incluso justifican, los planteamientos privatizadores y de retracción estatal en la esfera del bienestar social con programas especiales contra la pobreza. Así, aunque no es propiamente un planteamiento neoliberal¹⁵, los gobiernos latinoamericanos, asesorados por los organismos financieros internacionales como el Banco Mundial y el BID,

están promoviendo diversos programas estatales que tienen como objetivo declarado lograr niveles mínimos de alimentación, de salud, de educación y control natal¹⁶.

La transferencia de las responsabilidades sociales del Estado a los privados y la expansión de la producción de los servicios sociales como ámbito directo de acumulación dependerán entonces, por una parte, de la construcción, mediante acciones estatales específicas, de un mercado estable y garantizado y, por la otra, de cómo se resuelve políticamente la contradicción entre la imposición de los postulados neoliberales de transformación del Estado y el deseo de los gobernantes de retener el poder político.

LA POLÍTICA SOCIAL EN EL PROYECTO NEOLIBERAL MEXICANO

México es un país ejemplar para analizar la implantación del proyecto neoliberal en América Latina porque es un caso exitoso en opinión de los promotores de las soluciones neoliberales. Además, después de casi diez años de instrumentación es posible medir los efectos de ese proyecto en el terreno social. Por ello, primero se dará una visión de conjunto de los resultados sociales de las políticas instrumentadas para, luego, profundizar en la política de salud analizando con más detenimiento la dinámica de aplicación de los cuatro ejes estratégicos de la política social neoliberal.

Hay consenso en señalar que la pobreza se extendió en México durante los años ochenta después de que había disminuido sustancialmente en la década anterior. Así, mientras que el porcentaje de la población en condiciones de pobreza bajó en un tercio entre 1970 y 1981, con el transcurrir de los años ochenta la población en esta condición llegó a representar el 51 %; de estos 43 millones pobres entre 17 y 20 millones son de extrema pobreza¹⁷. La reversión de la tendencia histórica de disminución de la pobreza se explica principalmente por dos hechos.

El primero es una radical redistribución regresiva de la riqueza social ya que la participación del trabajo en el ingreso nacional disponible cae en el perío-

do de 42 % al 27 % mientras que la del capital aumenta del 51 % al 62 % (ver Cuadro N° 1). Esto se expresa en una depresión acelerada del salario; el salario mínimo pierde 66 %, el medio 45 % y el industrial 19 %. Estos datos desmienten que el empobrecimiento es un efecto secundario de la crisis y confirman que la redistribución regresiva del ingreso y la depresión salarial son elementos constitutivos del nuevo patrón de acumulación.

El segundo elemento explicativo del empobrecimiento masivo es el crecimiento del desempleo abierto y encubierto (empleo informal). A partir de 1982 la economía mexicana es incapaz de generar los empleos formales requeridos como se observa en el Cuadro N° 2 (página siguiente). De esta manera, mientras que se generaron 1,2 millones de nuevos empleos formales entre 1980 y 1982, durante todo el resto de la década sólo se generaron un millón. Como consecuencia de ello el sector informal creció 19 veces, de 255 mil a 5 millones, y el número de desempleados abiertos se duplicó. Se llega entonces a 1990 con una estructura de empleo en la cual más que una cuarta parte (28 %) de la PEA (Población Económicamente Activa) está en condiciones de desempleo abierto o encubierto (empleo informal). Este efecto de la política neoliberal mexicana sobre el empleo coincide con lo observado en el resto de los países donde se han instrumentado proyectos semejantes como en los EUA, España e Inglaterra¹⁸.

Frente a las dos principales causas del empobrecimiento —salario y empleo—, que en los Estados Benefactores clásicos constituyen ámbitos centrales de la política social, el proyecto mexicano demuestra su ortodoxia neoliberal. Así, las «políticas» propuestas para resolverlas son el crecimiento económico y el juego de las fuerzas del mercado¹⁹. Respecto a esta propuesta habría que anotar que todas las estimaciones sobre el crecimiento espontáneo del empleo señalan que con el actual crecimiento económico, del orden de 3,5 % anual, el ejército de desempleados aumentará aproximadamente en 500.000 personas al año, y se requeriría de crecimiento económico anual

CUADRO N° 1: Evolución de la distribución del ingreso nacional disponible y del salario mínimo, industrial y medio, México, 1980 a 1990

	1980	1982	1984	1986	1988	1990
Participación en el ingreso nacional disponible en %						
Capital	50,6	48,0	55,8	54,4	58,4	62,4
Trabajo	40,8	41,7	34,6	35,2	30,9	27,2
Impuestos	8,6	10,3	9,7	10,3	10,7	10,4
Salarios (1980 = 100)						
Índice salario mínimo	100	90	70	63	52	44
Índice salario industrial	100	103	75	72	72	81
Índice salario medio	100	95	70	63	57	55

Fuente: Elaborado con base en *Tercer Informe de Gobierno 1991*, Poder Ejecutivo Federal y *Sistema de Cuentas Nacionales*, INEGI.

CUADRO N° 2: Evolución de la PEA, empleo formal, informal y desempleo abierto, México, 1980 a 1990.

	1980	1982	1984	1986	1988	1990*
Empleo formal						
Personas (miles)	20.280	21.482	21.482	21.590	22.133	22.491
% de la PEA	91,9	90,9	84,6	79,1	75,5	71,4
Empleo informal						
Personas (miles)	240	258	1.658	2.510	3.977	4.993
% de la PEA	1,1	1,1	6,5	9,2	13,6	15,9
Desempleo abierto						
Personas (miles)	1.550	1.890	2.260	3.180	3.200	4.010
% de la PEA	6,8	8,0	8,9	11,7	10,19	12,7
Total PEA	22.070	23.630	24.500	27.280	29.310	31.494

Fuente: *El Cotidiano*, N° 32, 1989.
* Estimado.

de 7 % para impedir que el nivel actual de desempleo aumente²⁰. Con estos datos se puede afirmar, sin temor a equivocarse, que el problema ocupacional no se resolverá en México en ausencia de una amplia y profunda política de empleo.

Las proyecciones econométricas, basadas en los datos gubernamentales de objetivos de crecimiento económico, respecto a la distribución del ingreso entre capital y trabajo y a los salarios son igualmente contundentes. Así, demuestran que no habrá ningún mejoramiento en la distribución del ingreso y que se demorará 15 años en recuperar la mitad de la pérdida salarial sufrida entre 1977 y 1989²¹.

En el ámbito de los servicios sociales públicos y de actuación estatal directa se dio, en el período analizado, una caída sustancial en el presupuesto público de desarrollo social, o sea, el dedicado a educación, salud, protección al trabajo y el ambiente. El gobierno justificó el recorte del gasto social con el argumento de que la crisis fiscal del Estado lo hacía ineludible. Sin embargo, esta crisis no obedecía a un gasto social alto —no llegó a representar más que el 9 % del PIB en su punto más alto— sino al endeudamiento público que hizo crisis en 1982 a causa de la caída del precio del petróleo, fugas masivas de capital e incremento en las tasas de interés²². Frente a esta situación el gobierno tomó la decisión política de priorizar el pago del servicio de la deuda, que subió del 12,9 % al 47,4 % del gasto público entre 1981 y 1987 para luego bajar lentamente a 33,4 % en 1990 (ver Cuadro N° 3). En la lógica del «saneamiento de las finanzas públicas» la contraparte de esta prioridad es la disminución del resto del gasto público. Esto repercute en el gasto social que baja del 9,1 % del PIB o 24,7 % del gasto público total en 1981 al 6,1 % del PIB o 14,2 % del gasto público en 1987 subiendo lentamente al 6,5 % del PIB o 21,1 % del gasto público en 1990 (ver Cuadro N° 3, página siguiente).

Esto significa que la política neoliberal provoca también en este terreno una redistribución regresiva del ingreso. Es así porque su política de gasto público implica una transferencia inusitada de recursos públicos al capital a costa del salario indirecto de los trabajadores; hecho que se verifica en el Cuadro N° 3. Demuestra, por una parte, que los recursos dedicados al servicio de la deuda —que no son otra cosa que ganancias especulativas del capital— crecen aceleradamente hasta 1987 y que son todavía en 1990 tres veces más altos como porcentaje del PIB y del GPT. Por la otra, revela que el gasto de desarrollo social disminuye en el período estabilizándose a un nuevo nivel como porcentaje del PIB en alrededor del 6,5 %.

El gobierno mexicano complementa su política social —carente de programas de empleo y recuperación salarial y basada en la reducción del gasto social— con un programa contra la pobreza denominado Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol). Resulta también en este aspecto fiel a las recomendaciones de los organismos financieros internacionales que promueven programas contra la pobreza para amortiguar los efectos socio-políticos del ajuste²³.

Pese a su lugar privilegiado en el discurso gubernamental el Pronasol dispone de pocos recursos; su presupuesto representaba apenas el 0,40 % del PIB en 1990 contra el 0,72 % del PIB dedicado al rubro equivalente —«Solidaridad y Desarrollo Regional»— en 1982²⁴. O sea, no obstante el considerable crecimiento de la pobreza y la pobreza extrema en el mismo lapso se dedican hoy menos recursos a los programas para combatirla. El Pronasol incluye un programa de bienestar social pero también opera programas productivos y de infraestructura. En este sentido no está diseñado para garantizar un piso social básico ya que incursiona en varios terrenos que anteriormente corrían a cargo, por ejemplo, del presupuesto de desarrollo agropecuario²⁵. La disper-

CUADRO N° 3: Evolución del Gasto Público total (GPT) como % del PIB, del servicio de la deuda y desarrollo social como % PIB y GPT, México 1980 a 1990

	Gasto Público		Servicio Deuda		Desarrollo Social	
	% PIB		% PIB	% GPT	% PIB	% GPT
1980	31,6		3,3	10,3	8,1	25,5
1981	37,1		4,8	12,9	9,1	24,7
1982	43,6		14,1	32,2	9,1	20,9
1983	40,6		13,5	33,4	6,7	16,4
1984	39,0		11,7	30,0	6,7	17,2
1985	37,4		12,2	32,6	6,9	18,6
1986	41,5		17,2	41,6	6,6	16,0
1987	43,6		20,7	47,4	6,1	14,2
1988	40,2		18,2	45,3	6,0	15,0
1989	33,8		13,7	40,6	6,1	18,1
1990	31,0		10,4	33,4	6,5	21,1

Fuente: *Tercer Informe de Gobierno*, Poder Ejecutivo Federal, México, 1991.

sión de los fondos de Pronasol provoca que cada uno de los programas de bienestar social recibe muy pocos recursos. Por ejemplo, el monto destinado a educación incrementa el presupuesto público de educación básica en menos de 5 %; el de salud añade menos que 2 % al presupuesto público del sector; los recursos para vivienda ni siquiera llegan a ser el 1% del presupuesto público regular en este rubro.

Esto nos indica que el Pronasol tiene intenciones extra-sociales ubicadas en el terreno político. Para apreciar este hecho hay que señalar que Pronasol se maneja discrecionalmente por el Ejecutivo Federal y que el acceso a sus fondos está condicionado a la pertenencia a un Comité de Solidaridad. El manejo discrecional de los fondos de los programas significa que pueden ser utilizados para incrementar el poder del Ejecutivo sin ningún obstáculo institucional. A ello se añade la estructura de control orgánico instrumentada a través de la red horizontal de 64 mil Comités de Solidaridad en todo el país. Esta combinación permite al Ejecutivo Federal decidir quién accede a los programas y quién no y disponer de un mecanismo que le permite exigir contraprestaciones a los comités, por ejemplo el voto por el partido oficial de sus miembros, y controlar que se cumplan²⁶. Sobre estas bases se está construyendo un clientelismo político que se consolida como estructura neocorporativa de la sociedad informalizada.

LA LÓGICA DE LA POLÍTICA DE SALUD

La política de salud seguida a partir de 1983 expresa con nitidez la aplicación de los ejes instrumentales neoliberales en aquella parte de la política social que involucra directamente la producción de servicios. Estos ejes se resumen, como se vio, en el recorte del gasto social y su focalización en los pobres, la descentralización y la privatización²⁷. Las tres primeras son políticas explícitas del gobierno mejicano²⁸. Aunque la privatización es una política apenas suge-

rida está conceptualmente ligada al recorte del gasto social y su focalización. Es decir, si el Estado disminuye los recursos dedicados a la satisfacción de las necesidades sociales y los focaliza en la atención de los pobres no deja más solución al resto de los ciudadanos que recurrir al sector privado. Representa, por ello, una política estatal de incentivo al crecimiento de la producción privada de servicios. O dicho de otro modo, el Estado crea las condiciones para que esta actividad se amplíe como ámbito de acumulación privada al disminuir la producción pública de servicios.

A pesar de las reiteradas declaraciones gubernamentales del carácter prioritario de la atención a la salud se dio un recorte presupuestal importante en este renglón durante los ochenta. Al terminar la década, el presupuesto de todas las instituciones de salud era menor que en 1982 después de llegar a su punto más bajo en 1984 para las instituciones de Población Abierta y en 1987 para las de seguridad social (ver Cuadro N° 4 en página siguiente). Calculado el gasto per cápita la situación se agrava todavía más ya que el presupuesto de las instituciones de seguridad social llega a tener una pérdida del 51 % en el peor año y del 42 % en el período. Los datos correspondientes para las instituciones de Población Abierta son 56 % y 44 % como se observa en el Cuadro N° 4. Asimismo, el gasto en salud respecto al PIB bajó del 1,9 % al 1,7 %²⁹. Esta caída de los presupuestos se convierte en el determinante financiero del deterioro del sector público que constituye uno de los impulsos más importantes al proceso de privatización como se verá adelante.

Otro resultado de las restricciones presupuestales es que se privilegió el gasto corriente dejando rezagado el gasto de inversión. Así, globalmente en el sector salud la inversión cayó en 71 % entre 1982 y 1983 manteniendo este nivel todavía en 1986. Esta tendencia fue aún más marcada en las instituciones de seguridad social ya que cayó en un 75 % en 1983

CUADRO N° 4: Evolución de los Presupuestos de Salud, México, 1981-1990

Año	Población Abierta			Seguridad Social		
	Pesos 1980 ²			Pesos 1980 ²		
	Pesos corrientes ¹	Total ¹	Per cápita ³	Pesos corrientes ¹	Total ¹	Per cápita ³
1981	33,0	25,8	n.d.	83,1	64,9	2.007
1982	48,6	23,9	1.243	141,9	69,8	2.157
1983	72,2	17,6	836	223,0	54,2	1.663
1984	112,7	16,6	726	316,3	51,8	1.460
1985	192,3	17,9	670	534,1	49,8	1.311
1986	344,2	17,3	716	829,6	41,6	1.094
1987	797,7	17,2	625	2.042,6	44,1	1.057
1988	1.656,4	16,5	546	4.824,5	48,1	1.132
1989	1.935,4	17,1	556	6.165,4	51,8	1.149
1990	2.744,9	18,1	563	8.664,6	58,3	1.243
Pérdida máxima período %		36,0	56,1		40,4	51,0
Pérdida 1982-90 %		24,3	54,7		15,6	42,4

Fuente: *Informes de Gobierno*, Poder Ejecutivo Federal, 1990 y 1991.

1. Miles de millones.

2. Deflactado con el INPC.

3. Cobertura según *Segundo Informe de Gobierno* 1990.

sin ninguna recuperación para 1986³⁰. La sostenida restricción de la inversión no sólo impidió una adecuada expansión de los servicios al crecer la cobertura sino que contribuyó además a su deterioro paulatino.

La política de depresión salarial acelerada desempeñó un papel central en la disminución del presupuesto de salud en dos sentidos. Afectó directamente los ingresos de los institutos de seguridad social dado que el monto de las cuotas pagadas a ellas representa un porcentaje de los salarios. Por otra parte, fue posible recortar el presupuesto sin disminuir la cobertura gracias a la depresión salarial de los trabajadores de la salud³¹.

El planteamiento de focalizar el gasto público en los grupos más depauperados llega a su expresión más nítida en México con la fundación del Pronasol ya que este organismo tiene como objetivo explícito canalizar recursos para la solución de problemas sociales de los grupos de extrema pobreza. Sin embargo, esta política se viene instrumentando desde 1983 en el sector salud por medio de la fijación de prioridades institucionales y por cambios en los esquemas de financiamiento de las distintas instituciones. Así, las instituciones de salud tienen como prioridad atender el nivel básico, o sea, la atención primaria en salud³²; cuestión que se expresa en asignaciones presupuestales con ritmos diferenciados de recorte y recuperación³³. Por otra parte, durante los ochenta el gobierno federal redujo sus obligaciones

financieras con el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), dejando casi la totalidad de la responsabilidad financiera de la institución a los patrones y trabajadores³⁴.

En abstracto la política de focalización del gasto puede parecer justa pero habría que juzgarla en el contexto socio-económico mexicano. Aunque nadie pueda negar el drama social que significa la extrema pobreza en la cual viven 17 millones de mexicanos, tampoco se puede ocultar que la pobreza es condición de cerca de la mitad de la población y que la absoluta mayoría de los trabajadores está experimentando un grave deterioro de sus condiciones de vida. En esta situación concreta la focalización del gasto en los grupos más pobres, antes que una política de justicia social, aparece como un artifice ideológico para justificar que el Estado desatienda su obligación constitucional de garantizar los derechos sociales de todos los mexicanos. Por otra parte, en términos redistributivos significa la canalización del menguado gasto público hacia los más pobres a costa de otros sectores pauperizados como ilustra claramente el caso del retiro del Estado del financiamiento del IMSS.

El tercer eje de los proyectos neoliberales, la descentralización, se ha impulsado en el sector salud desde 1984 y sigue siendo un propósito declarado en el Programa Nacional de Salud³⁵. Nuevamente es un planteamiento que en abstracto resulta atractivo fren-

te al agobiante centralismo mexicano. Sin embargo, las características de la descentralización realizada y sus efectos muestran limitaciones serias. Así, fue decretada unilateralmente por el Ejecutivo para las instituciones de Población Abierta³⁶ y su instrumentación ha sido vertical y antidemocrática. No podía ser de otro modo ya que no contempló mecanismos de redistribución del poder real de decisión sobre los programas entre los involucrados en los servicios, a saber, las instancias locales de gobierno, los usuarios y los trabajadores³⁷. Aún en el caso de que esto se hubiera dado, resultaría una formalidad en el contexto del sistema corporativo mexicano donde los mecanismos democráticos no operan en la absoluta mayoría de los municipios y organizaciones de masas impidiendo una representación auténtica de los ciudadanos y los trabajadores.

Por otra parte, la premura del proceso no permitió una adecuada preparación técnica, lo que redundó en ocasiones en el virtual colapso de los servicios, particularmente en lo relacionado con la integración de los programas verticales y de los servicios del IMSS-Coplamar a los sistemas estatales³⁸. Además, los recursos transferidos a los niveles estatal y municipal antes que incrementar la eficiencia institucional tendieron a ser utilizados a discreción de grupos locales de poder. Finalmente, la descentralización precipitó pugnas entre grupos burocráticos que trataron de defender o promover sus intereses particulares. Antes estas realidades la descentralización sólo se instrumentó en 14 de los 32 Estados y parece estar suspendida por sus altos costos en términos de mal funcionamiento institucional. Sin embargo, dado que la descentralización en su variante neoliberal es un medio de desestatización que permite instrumentar nuevos esquemas de financiamiento y producción de servicios es probable que continuará una vez que se hayan logrado los ajustes institucionales necesarios.

Entre los problemas que han sido provocados o profundizados con la política sanitaria en cursos se observa, en primer lugar, una creciente desigualdad entre los distintos grupos y clases sociales en términos de su acceso real a los servicios y en el tipo y calidad de los servicios disponibles para cada uno de ellos. En el fondo de este problema está el abandono de una política de seguridad social cuyo objetivo era construir tendencialmente una institución de salud única con acceso universal. La actual política, por el contrario, da por resultado la separación definitiva y desarrollos divergentes de los tres subsistemas de salud existentes en México.

Las limitaciones de acceso a y en calidad de los servicios de la población pobre no-asegurada empiezan con los 10 millones de mexicanos al margen de cualquier servicio³⁹. Luego, las instituciones públicas de Población Abierta solo garantizan atención primaria selectiva pero no servicios del segundo y tercer nivel a todos que los requieren por sus restricciones presupuestales —disponen del 24 % del presupuesto público en salud—. A ello se añade que

en estos servicios se dio la introducción o el aumento de las «cuotas de recuperación» cobradas al utilizarlos. Esto restringe el acceso particularmente al segundo y tercer nivel donde estas cuotas pueden representar sumas muy por encima del salario mínimo mensual o incluso anual.

Los institutos de seguridad social disponen del 66 % del gasto público en salud para atender a sus derechohabientes en los tres niveles de atención. Sin embargo, la demanda de sus servicios aumentó sustancialmente por la expansión formal del número de derechohabientes —la cobertura de la seguridad social aumentó en 45 % entre 1982 y 1990⁴⁰— sin un incremento correspondiente de recursos con el resultado de que el presupuesto por derechohabiente bajó considerablemente como ya se analizó. A este incremento de demanda se suma otro, resultado de la exclusión de sectores de asegurados de los servicios privado por su alto costo⁴¹.

El desequilibrio entre demanda y recursos ha obligado a las instituciones de seguridad social a profundizar los obstáculos burocráticos de acceso a sus servicios. De esta manera, a partir de 1986, año en el cual empieza el crecimiento rápido de cobertura, todos los indicadores de servicios prestados en relación al número de derechohabientes, como consultas generales y de especialidad, hospitalizaciones, partos, etc., decaen sistemáticamente⁴². Es decir, aunque un número mayor de mexicanos sean formalmente derechohabientes de estas instituciones tienen crecientes dificultades para acceder a sus servicios.

El acceso a los servicios privados, finalmente, depende en el momento actual de la capacidad económica, y a todas luces se ha visto restringido para los individuos por su altísimo costo y la pérdida de poder de compra de amplios sectores medios asalariados. Por otra parte, los que tienen la capacidad económica o un seguro médico amplio pueden acceder a servicios de los tres niveles sin restricciones diagnósticas y de tratamiento.

El segundo problema provocado por la política neoliberal hacia las instituciones públicas de salud es el surgimiento de un conflicto laboral prolongado, ya que esta política busca resolver las contradicciones originadas por la restricción de recursos cargándolas sobre los trabajadores de las instituciones. Así, éstos han sufrido un marcado deterioro salarial a partir de 1983.

Acompaña a este fenómeno una creciente diferenciación salarial entre el sector público y el privado; p.e. un médico gana en un día de práctica privada su salario mensual institucional⁴³.

Por otro lado, los procesos de racionalización basados en planteamientos de la organización «científica» del trabajo, que concibe a la experiencia e iniciativa de los trabajadores no como una potencialidad positiva sino algo que debe ser regulado y suprimido, han significado el creciente control vertical sobre el trabajo y su normatización estricta. El efecto directo de ello es un proceso de descalificación del trabajo institucional incluyendo al de los profesionistas. Esta situación, junto con la disparidad de los niveles de ingreso

entre el sector público y privado, propicia el abandono del trabajo en la institución pública y una recomposición del perfil de calificación de su personal.

Al proceso de descalificación del trabajo se añade el deterioro de las condiciones de trabajo como el resultado del incremento de la cobertura sin un aumento correlativo de los recursos necesarios para realizar el trabajo. Además los trabajadores de las instituciones tienen que enfrentar cotidianamente la presión de los usuarios y las quejas de las deficiencias del servicio sin contar con las condiciones materiales y de decisión para poderlos mejorar. Este complejo conflicto laboral ha propiciado el surgimiento reiterado de movimientos sindicales democráticos en las distintas instituciones durante los últimos años⁴⁴.

La descapitalización, el verticalismo autoritario, la descalificación y las malas condiciones de trabajo han llevado a un deterioro de los servicios públicos de salud que ha contribuido a desprestigiarlas ante la sociedad. Lentamente han transitado de ser instituciones legitimadoras del Estado a convertirse en espacios de conflicto social donde chocan demandantes de servicios que los consiguen con dificultad y productores de servicios sin condiciones para prestarlos adecuadamente. El desprestigio y conflicto se dan con más intensidad respecto a las instituciones donde el deterioro ha sido más notorio y los usuarios son sectores organizados con capacidad reivindicativa, o sea, las de la seguridad social.

HACIA LA PRIVATIZACIÓN SELECTIVA DE LOS SERVICIOS

A pesar de que la privatización es un eje central del proyecto neoliberal en salud hay que enfatizar que sólo interesa en la medida en que el aseguramiento y la producción de servicios puedan convertirse en actividades económicas rentables. Por ello, en un país como México, donde la mayoría de la población es pobre, no es de esperar un proceso general de privatización de los servicios sino una política selectiva encaminada a crear un mercado disponible y garantizado; cuestión que a su vez depende de tres condiciones.

La primera es que se crea una demanda del servicio privado lo que sólo ocurre si el servicio público es percibido como insuficiente o malo. Vista desde este ángulo la deliberada descapitalización de las instituciones públicas, con su secuela de deterioro y creciente desprestigio, ha ayudado a crear esta demanda y a hacer el proceso de privatización socialmente aceptable. La segunda condición, es que la medicina privada sea lo suficientemente madura para poder aprovechar el incentivo a su desarrollo que la retracción estatal significa. La tercera condición es que se encuentren formas estables de financiamiento para sufragar los altos costos de los servicios privados sin las cuales no es posible lograr una ampliación estable del mercado privado.

La primera indicación de la madurez económica del sector privado de servicios de salud en México es que produce más que la mitad del Producto Interno Bruto de los Servicios Médicos (PIBSM). La

parte privada del PIBSM empezó a crecer más rápido que la pública a partir de 1983 y pasó del 48 % del PIBSM al 60 % entre 1982 y 1985 para luego estabilizarse en 54 %⁴⁵. Asimismo, la rentabilidad del sector privado es alta. Una manera de medirla es por el excedente bruto de operación que reporta, o sea, el excedente después del pago de salarios e insumos intermedios. Este correspondió en 1980 al 63 % de la producción bruta y creció al 70 % en 1988⁴⁶. Además su monto es muy alto y llegó a 7 billones de pesos en 1989. Como punto de comparación se puede mencionar que es 2,5 veces mayor que los de la industria farmacéutica y de automóviles, casi igual al de la industria básica del hierro y acero y sólo 25 % menor que el de las instituciones de crédito y seguros. Esto significa que la producción privada de servicios médicos es una de las actividades más rentables de la economía mexicana. Al igual que el PIBSM privado el excedente bruto de producción creció sostenidamente hasta 1985 para luego empezar un lento descenso⁴⁷. Este descenso probablemente se debió a que los crecientes costos de los servicios privados se convirtieron en obstáculo de acceso para prácticamente toda la población, particularmente la asalariada.

Este hecho actualiza la tercera condición de la privatización que es la generación de formas de financiamiento para sufragar los costos. En abstracto hay dos posibles mecanismos. Uno sería comprar con fondos públicos los servicios al sector privado por medio de la subrogación y, el otro sería la apertura del sector salud a los seguros privados. La primera modalidad difícilmente prospera en el esquema neoliberal cuyo planteamiento de mantener reducido el gasto público impide pagar los altos precios de los servicios privados. Quedaría entonces el crecimiento de los seguros privados de salud que, además, involucra directamente al gran ganador de los proyectos neoliberales, o sea, el capital financiero, en este caso bajo la forma de compañía aseguradora.

En el caso mexicano esta lógica empieza a funcionar a mitad de los años ochenta cuando las compañías aseguradoras empiezan a incursionar en el mercado de los seguros de salud. A partir de 1987 el número de pólizas vendidas de enfermedad y accidentes crece sostenidamente, pasan de 242 mil en 1986 a 533 mil en 1989. Asimismo, el porcentaje que representan estos seguros respecto al volumen total de ventas de la aseguradoras crece del 1,35 en 1987 al 6,35 en 1990 según datos de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros⁴⁸.

En este período la ampliación del mercado se debió tanto a los seguros individuales-familiares como a los colectivos o de grupo, y cada tipo representa aproximadamente el 50 % de las ventas. Las aseguradoras consideran como mercado potencial de los seguros individuales-familiares al grupo con ingresos de seis o más salarios mínimos que corresponde aproximadamente al 30 % de la población económicamente activa urbana⁴⁹. Los seguros de grupo o colectivos contratados por las empresas, privadas y públicas, tradicionalmente eran para sus empleados

de niveles superiores. Sin embargo, últimamente han empezado a incluir a los obreros y trabajadores de base que son los que también están cubiertos por la seguridad social pública. Este perfil de asegurados, efectivos o potenciales, revela, por una parte, que el mercado de los seguros individuales-familiares está restringido por el bajo nivel de ingreso del 70 % de la población. Por la otra, salta a la vista que el aseguramiento doble, privado y con la seguridad social pública, está creciendo⁵⁰.

Estos dos elementos permiten pronosticar las características del mercado del futuro. Resulta, por un lado, evidente la irracionalidad del doble aseguramiento y de allí hay sólo un paso a la exigencia de transferir a este grupo de población al sector privado. Por el otro, aunque el mercado del seguro individual-familiar está restringido se podría ampliar sustancialmente con formas más baratas de aseguramiento como son los seguros colectivos. Tanto el aseguramiento doble como la eventual expansión de los seguros colectivos privados conciernen a una parte de la población que hoy pertenece a los institutos de seguridad social pública. Según nuestra estimación involucra al 20 % de los asegurados del IMSS⁵¹. de ellos la mayor parte (75 %) tiene ingresos de entre 3,5 y 6 salarios mínimos que es un grupo no considerado hasta ahora como «mercado» por las aseguradoras privadas.

No hay datos globales para cuantificar el impacto del crecimiento de los seguros médicos privados sobre el sector privado de servicios médicos. Sin embargo, la información proporcionada por los hospitales privados más importantes de Monterrey, la segunda ciudad industrial en México, es indicativa. Reportan que la mayor parte de su clientela usa los servicios amparada por seguros privados y la demanda de servicios ha crecido tanto en los últimos años que los hospitales están sobresaturados y con proyectos de expansión.

Como se puede apreciar en la última década se han consolidado tres de las condiciones necesarias para el avance del proceso de privatización en el sector salud. La descapitalización y deterioro de las instituciones públicas ha generado una demanda de servicios privados. Existe ya un sector privado maduro y rentable y las aseguradoras han entrado definitivamente como intermediarios en su financiamiento. La expansión del ámbito privado en salud, que significa un proceso de privatización selectiva, todavía no afecta directamente a las instituciones públicas. Sin embargo, la expansión del sector privado prefigura la formalización de un sistema dual como un componente de «seguros-producción de servicios privado» y otro de «seguros-producción de servicios público» cuyos efectos sobre la seguridad social pública serán muy importantes.

Interesa a las aseguradoras y los hospitales privados profundizar este proceso de privatización siempre y cuando consigan impulsar mecanismos que garanticen para ellos el mercado potencial estimado en 20 a 25 millones de personas; o sea, las 3,5 millones de familias con ingresos por encima de seis

salarios mínimos, o aproximadamente 17,5 millones de personas, a los cuales se añadirían un 20 % de los actuales derechohabientes del IMSS, o sea, otros 8 millones de personas⁵². Garantizar este mercado, en el contexto mexicano, pasa por modificar la legislación de seguridad social pública en lo referente a los servicios médicos para facilitar el aseguramiento privado y la compra de servicios privados.

El primer paso en esta dirección se dio en febrero de 1992 al ser aprobado un cambio en la legislación de seguridad social en su rama de pensiones que introduce un seguro obligatorio de jubilación bajo la figura jurídica de fondos de capitalización individual administrados por la banca recién reprivatizada⁵³. La importancia de ello consiste en que rompe con el paradigma mexicano de seguridad social en por lo menos dos de sus principios básicos. El primero es que se sustituye a los fondos comunes con fondos individuales —lo que equivale a abandonar el «principio solidario», basado en el pago según ingreso y beneficios según necesidades, a favor del «principio de equivalencia», que significa beneficios en función del monto pagado—. La segunda ruptura es que se cede la administración de estos fondos públicos a los privados con todo lo que significa, por ejemplo en cuanto control sobre grandes cantidades de capital. Resulta relevante que los beneficiados de este cambio en la legislación son los bancos privados que recientemente han sido vendidos por el Estado a los grandes grupos financieros. Como se puede apreciar el esquema es el seguido por Chile en la llamada reforma de la previsión social que llevó justamente a un proceso, amplio pero selectivo, de privatización de los servicios de salud⁵⁴.

Los probables cambios en la legislación de seguridad social respecto a los servicios médicos impulsarían el traslado de una parte de los asegurados de la seguridad social pública al sector privado. La pérdida de sus contribuciones agravaría el desfinanciamiento de las instituciones públicas de seguridad social. Así, aunque el mercado potencial del sector privado sólo es el 20 % de los asegurados del IMSS, este grupo aporta entre el 46 % y 48 % del monto total de las cuotas obrero-patronales⁵⁵. La reducción presupuestal de la institución sería de la misma magnitud dado que la aportación estatal al IMSS representa un porcentaje sobre estas cuotas. El impacto de un nuevo desfinanciamiento de las instituciones de seguridad social no puede ser otra que la profundización del deterioro de sus servicios y el estancamiento de su infraestructura. Con ello, resultaría todavía más difícil mantener su calidad y se vería amenazada la cobertura de los tres niveles de atención que actualmente se proporciona.

Hay que insistir en que el esquema de la seguridad social pública descansa en términos financieros sobre la distribución del presupuesto entre sus derechohabientes lo que permite dar servicios iguales a todos en función de los problemas a atender y no del monto cotizado. En condiciones de una distribución muy desigual del ingreso esta redistribución tiene

gran peso y pone al alcance de todos los asegurados servicios que resultarían inaccesibles si fueran comprados en el mercado. Sin embargo, este mecanismo de solidaridad y redistribución se anula si los que más contribuyen abandonan el sistema de seguridad social pública para incorporarse al sector privado.

Por las ventajas financieras del polo privado éste acumularía los recursos humanos y tecnológicos con el agravante de que su uso sería poco racional debido a la tendencia de duplicarlos en las empresas médicas que compiten entre sí; cuestión que a su vez tiende a encarecer los servicios. Asimismo, el esquema competitivo de mercado ineludiblemente agrava la concentración geográfica de los servicios en las zonas más prósperas del país incrementando la desigualdad entre regiones. Además dentro del sector privado se establece una estratificación de los asegurados en función de la suma asegurada que les de acceso a diferentes tipos de servicios. Es decir, no ocurre como con los asegurados del sector público que por el hecho de serlo tienen acceso a los mismos servicios.

Finalmente, pese a la concentración de recursos en el polo privado no hay ninguna garantía de que sus servicios fueran de mejor calidad ya que la lógica de lucro prioriza la atención curativa e induce el desarrollo del tercer nivel de atención⁵⁶. Esto conlleva, como es de sobra conocido, una tendencia a emplear procedimientos terapéuticos y diagnósticos costosos de dudosa utilidad médica y con iatrogenias frecuentes.

Contrario a lo que sostienen los promotores del proceso de privatización selectiva otra de sus consecuencias sería que el costo de los servicios de atención médica incrementaría tanto para la nación como para los individuos, alternativamente, se recibirían menos servicios pagando lo mismo. Es así porque los precios del sector privado no sólo son más altos sino que crecieron más rápido que los del público en todo el período de 1979 a 1989, llegando a tener un sobreprecio relativo de cerca del 100 % en el último año⁵⁷. Esto significa que con la expansión de los servicios privados se dedica una parte mayor del PIB a la atención médica sin que se produzcan ni más servicios, ni mejores condiciones de salud; situación que ha sumido al sistema de salud de los EUA en una crónica y profunda crisis de cobertura y costos⁵⁸.

Los impulsos al proceso selectivo de privatización acelera y profundiza la escisión del sistema de salud mexicano con el establecimiento de un sistema dual de «seguro-servicios privados» y «seguro-servicios públicos», aunque la división entre los sistemas privado y público ya existe, el cambio consistiría en que el predominio de este último se debilitaría. Esto significaría un cambio en la relación de fuerza entre los sectores público y privado con implicaciones para la fijación de las políticas de salud. Una vez que las grandes compañías de seguros y hospitales hayan consolidado su control sobre la producción privada de servicios médicos es poco probable que permitirían un viraje en la política de salud hacia la constitución de un servicio único de salud.

Con ello las instituciones públicas perderían su papel dominante en el sector salud y de motor en la extensión de servicios de salud integrados a grupos cada vez más amplios de la población y pasarían a insertarse en un esquema de servicios asistenciales selectivos a los grupos mayoritarios pobres. Al darse este desarrollo tendríamos una regresión del sistema de salud mexicano y el abandono definitivo de una política basada en la construcción de servicios de salud universales e igualitarios. El resultado inevitable de este desarrollo sería el incremento en la desigualdad de acceso a los servicios y en su calidad.

Por otra parte es previsible que la privatización conlleva una reestructuración interna del sector privado de salud que consolida el papel dominante de las aseguradoras. Es así porque en México los productores de los servicios son débiles y desorganizados por las estructuras corporativas tanto gremiales como empresariales. Esto les permite a las aseguradoras sacar la mejor parte en la competencia por las ganancias generadas. El crecimiento de la industria de los seguros con convenios y listas de médicos a consultar significa que los médicos privados difícilmente tendrán clientela si se mantienen al margen de este sistema. Además los médicos como gremio no tienen mecanismos para negociar unificadamente con las aseguradoras. Los hospitales, por su parte, están interesados en trabajar bajo convenio con las aseguradoras, aunque tengan que bajar sus precios, porque les significa alta utilización de su capacidad instalada y pago rápido. Esto permite afirmar que las compañías de seguros dominarán el sector privado de salud del futuro y que el papel de los médicos y los hospitales será «ensamblar» la atención a los clientes de las aseguradoras aunque se mantenga la forma de libre asociación entre las partes.

Esta reestructuración expresa con claridad un cambio profundo en la medicina privada ya que deja de ser principalmente un medio de enriquecimiento de los médicos para constituir un ámbito de acumulación de capital dominado por el capital financiero y la empresa hospitalaria. Resulta interesante que es el mismo desarrollo que se ha consumado en los EUA durante los últimos 15 años con la emergencia de las aseguradoras como fuerza hegemónica en la industria de salud a pesar de la innegable fuerza política de la American Medical Association y de las cadenas de hospitales privados⁵⁹.

REFERENCIAS

1. Valenzuela J. *Crítica del Modelo Neoliberal*. FE-UNAM, México, 1990.
2. Davis M. *Prisoners of the American Dream*. Verso, London, 1989.
3. Picó J. *Teorías sobre el Estado del Bienestar*. Siglo XXI, Madrid, 1990.
4. George V, Wilding P. *Ideology and Social Welfare*. Rotledge and Kegan Paul, London, 1985, pp. 19-43.
5. *Ibíd.*
6. Lerner L, García Raggio A. "El discurso neoliberal en las políticas sociales". *Cuadernos Médico Sociales* N° 58, 1991, pp. 33-46.
7. Taylor-Gooby P. "Welfare, Hierarchy and the «New Right»:

- the impact of social policy changes in Britain 1979-89". *Internacional Sociology* vol. 4, N° 4, 1989, pp. 431-446.
8. Valenzuela, op. cit.
 9. Bodenheimer T. "The fruits of the empire rot on the vine". *Soc. Sci. Med.* vol. 28, N° 6, 1989, pp. 531-538.
 10. Taylor-Gooby, op. cit.
 11. Therborn G, Roebroek J. "The irreversible Welfare State". *Internacional Jour Health Services*, vol. 16, N° 3, 1986, p. 332. Offe C. *Contradictions of the Welfare State*, London, 1986.
 12. Navarro V. "Why some countries have national health insurance, others have national health services and the U.S. have neither". *Social Science and Medicine*, vol. 28, N° 9, 1989, p. 887.
 13. Davis, op. cit.
 14. Véase por ejemplo:
 - Marklud S: *Paradise Lost?*. Arkiv, Lund, 1988.
 - Navarro, op. cit.
 15. Wilding, op. cit.
 16. Véase por ejemplo:
 - Sela. *El FMI, el Banco Mundial y la Crisis Latinoamericana*. Siglo XXI, México, 1986.
 - Levy S. *Poverty Alleviation in México*. Working Papers, World Bank, 1991.
 17. Consejo Consultivo del Pronasol. *El Combate a la Pobreza: lineamientos programáticos*. El Nacional, México, 1990.
 18. Davis, op. cit.
 19. Poder Ejecutivo Federal. *Plan Nacional de Desarrollo 1982-1988 y Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994*. México, 1983 y 1990.
 20. Véase por ejemplo:
 - Huerta A. *Liberalización e Inestabilidad Económica en México*. Diana, México, 1992.
 - Cassoni A. "Determinantes del empleo en México". *Documentos de Investigación*, N° 1, CIDE, 1988.
 21. Véase por ejemplo:
 - *Proyecto Macroeconómico*. Ciemex-Wefa, México, 1990
 - Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. "Proyecto regional para la superación de la pobreza, 1989". Citado en Provencio E. "El Nuevo Plan y la política social". *Cuadernos de Nexos* N° 13, 1989.
 22. Huerta A. *Economía Mexicana más allá del milagro*. Diana, México, 1991.
 23. Levy, op. cit.
 24. *Tercer Informe de Gobierno. Anexo estadístico*. Poder Ejecutivo Federal, México, 1991 p. 159.
 25. *Ibíd.*
 26. Laurell AC. "Pronasol: ¿Política de desarrollo social o de reestructuración corporativa?". *Coyuntura* N° 22, 1992.
 27. Taylor-Gooby, op. cit.
 28. *Programa Nacional de Salud, 1984-1988 y Programa Nacional de Salud, 1989-1994*. SSA, México, 1984 y 1990.
 29. *Tercer informe de Gobierno*, op. cit.
 30. Ochoa M. "Política de gasto en el sector salud (1977-1986)". en Almada I (ed). *Salud y Crisis en México*. Siglo XXI, México, 1990 pp. 274-300.
 31. Herrera M. "Austeridad y lucha sindical en el IMSS". *Chemizal* vol. 3, N° 8, 1990, pp. 57-66.
 32. *Programa Nacional de Salud* op. cit.
 33. López Arellano O. *La política de Salud en México*. Tesis de Maestría en Medicina Social, UAM-X, México, 1990.
 34. Moreno P. et al. "Factibilidad y viabilidad financiera y administrativa de la seguridad social: el caso del IMSS"; en Laurell AC (ed.). *La política Social en la Crisis*, op. cit. *Programa Nacional de Salud*. 1989-1994, op. cit.
 35. *Diario Oficial*. México, 30 de agosto, 1983.
 36. Soberón G et al. *La Salud en México: Fundamentos del Cambio Estructural*. Fondo de Cultura Económica, México, 1988, pp. 103-40.
 37. Véase por ejemplo:
 - Menéndez E. "Continuidad y discontinuidad del proyecto sanitarista mexicano. Crisis y reorientación neoconservadora"; en Almada, op. cit., pp. 221-45.
 - López Arellano, op. cit.
 38. Ruiz de Chávez M et al. *El Enfoque de la Salud como Sector Social y Económico*. SSA, México, 1988.
 39. *Segundo Informe de Gobierno. Anexo estadístico*. Poder Ejecutivo Federal, México, 1990.
 40. Ruiz de Chávez, op. cit.
 41. *Tercer Informe de Gobierno*, op. cit.
 42. Laurell AC, Ortega ME. *El Proceso de Privatización en el Sector Salud. El Caso de México*. Informe técnico. OPS/OMS, 1991 (en prensa).
 43. García C. "El conflicto de los trabajadores del IMSS"; en Bensusán G. *Negociación y Conflicto laboral en México*. FLACSO y Fundación F. Ebert, México, 1990, pp. 239-256.
 44. *Sistema de Cuentas Nacionales de México 1985-88*. INEGI, México 1990.
 45. Ruiz de Chávez, op. cit.
 46. *Sistema de Cuentas Nacionales*, op. cit.
 47. Laurell-Ortega, op. cit.
 48. *Identifying Strategies in Health Care Services*. Mackinsey, 1990 (mimeo).
 49. Laurell-Ortega, op. cit.
 50. *Ibíd.*
 51. *Ibíd.*
 52. *Diario Oficial*. México, 24 de febrero 1992.
 53. Véase por ejemplo:
 - Sánchez H. *Análisis del Crecimiento Subsistema de Salud Privado (ISAPRE)*. Ponencia Reunión de Trabajo sobre «Procesos de Privatización en el Sector Salud», OPS/OMS, Washington, enero 1991.
 - Díaz A. "El mercado de las Isapres en Chile"; *Salud y Cambio*, vol. 2, N° 3, 1990, pp. 33-39.
 54. Laurell-Ortega, op. cit.
 55. Navarro V, Himmelstein D, Woolhandler S. "The Jackson National Health Program". *Int. J. Health Serv.*, vol. 9, N° 1, 1989, pp. 19-44.
 56. Laurell-Ortega, op. cit.
 57. Véase por ejemplo:
 - Navarro-Himmelstein-Woolhandler, op. cit.
 - Woolhandler S, Himmelstein D. "Free care: a quantitative analysis of health and cost effects of a National Health Program in the US". *Int. J. Health Serv.* vol. 18, N° 3, 1988, pp. 393-400.
 - Bodenheimer T. "The fruits of the empire rots on the vine". *Soc. Sci. Med.* vol. 28, N° 6, 1989, pp. 531-38.
 58. Navarro-Himmelstein-Woolhandler, op. cit.
 59. Navarro-Himmelstein-Woolhandler, op. cit.