

El modelo privatizador en los sistemas de salud:  
El caso del Instituto Mexicano del Seguro Social

*Asa Cristina Laurell*<sup>§</sup>

### ***Introducción***

El discurso de la derecha se repite monótonamente y no tiene otro fundamento que su propia ideología. Todas las afirmaciones sobre las bondades de la reforma de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) son el eco de los argumentos que Ernesto Zedillo y Genaro Borrego esgrimieron en 1995 para acreditar las virtudes de la reforma de la ley del IMSS. Hablaron de la crisis estructural de la seguridad social y ofrecieron un cambio que preservaría los principios de la seguridad social mexicana (solidaridad y redistribución basadas en la institución pública) y evitar la quiebra del Instituto. Este cambio garantizaría pensiones, mejores y más justas, sin incrementar su costo para empresarios y trabajadores; ampliaría la cobertura de la seguridad social; implicaría mayor eficiencia; y dinamizaría la economía y el empleo (Laurell, 1995).

---

<sup>§</sup> Secretaria de Salud del Gobierno Legítimo de México.

Los procedimientos para aprobar las nuevas legislaciones tampoco se distinguen mayormente. La reforma de la Ley del Seguro Social fue aprobada en diciembre de 1995 con el mayoriteo del Partido Revolucionario Institucional (PRI) y a contrapelo de las movilizaciones obreras y de los argumentos razonados y sólidos de los expertos. La única diferencia en comparación con la aprobación de la reforma del ISSSTE fue que Zedillo intentó aparentar un consenso mediante foros de consulta popular y el establecimiento de una Comisión Tripartita para el Fortalecimiento del Seguro Social que formalmente hizo la propuesta. El gobierno panista primero lanzó al senador Joel Ayala al ruedo, pero finalmente sólo se atrevió a negociar en secreto con el PRI para pasar la legislación *fast track* sin oír o ver la oposición razonada y masiva a su ley.

El interés de revisar las repercusiones de la reforma del IMSS sobre los servicios de salud del Instituto y del Sistema Nacional de Salud consiste en que permite demostrar con hechos qué ha pasado con la salud en México a raíz de la primera reforma privatizadora. En 1995 se podía argüir que cabían interpretaciones distintas sobre el posible impacto de la reforma. Hoy, diez años después de su puesta en práctica en julio de 1997, no cabe este argumento. Hoy, los hechos hablan por sí mismos sobre el resultado de la reforma impuesta por la tecnocracia neoliberal y administrada durante casi siete años por gobiernos panistas.

### ***De un modelo público a un modelo de mercado***

Nunca se explicó públicamente y con claridad cuál era el modelo de financiamiento y organización de los servicios de salud en la reforma del IMSS. Sin embargo, estaba claramente delineado en un documento del Banco Mundial (BM) (World Bank, 1995). Su instrumentación constituía además la condición explícita para otorgar a México un préstamo de 700 millones de dólares (World Bank, 1998).

El modelo básico propuesto por el BM no se distinguía mayormente de la propuesta general de este organismo postulada en *Invertir en salud* (Banco Mundial, 1993). Se constataba además la asesoría al Banco de Londoño y Frenk con la adopción del llamado “pluralismo estructurado” (Londoño y Frenk, 1996), que es una concepción sobre

cómo proceder para introducir el mercado como principio rector del sector público de salud y el sistema nacional de salud.

La premisa de la propuesta bancomundialista es que el mercado es un mejor asignador de recursos que el Estado y, por tanto, es preciso reducir la responsabilidad del Estado a garantizar los “bienes públicos” de salud (véase p.e. González-Pier, 2007, p. 34) que los agentes privados no quieren producir y a prestar un paquete mínimo y costo-efectivo de servicios de salud a los que no pueden adquirirlos en el mercado.<sup>1</sup>

Cabe señalar que la concepción de la supremacía del mercado en la asignación de los recursos supone la competencia perfecta y la simetría de conocimientos entre vendedores y compradores; ambas suposiciones los economistas han demostrado reiteradamente que no se cumplen en el caso de los servicios de salud (Lister, 2007) (si es que se cumplen en algún caso). La idea de que la competencia mejora la calidad de los servicios, igualmente ha sido desmentida por la realidad.

¿Cuál es entonces el motivo de mercantilizar la salud? La razón es que constituye una actividad económica muy relevante<sup>2</sup> y en la lógica de la doctrina neoliberal es demasiado importante para que esté en manos del Estado. Lo que se busca es abrir la salud como un terreno directo de acumulación y generación de ganancias privadas. De lograrse, se opera una metamorfosis profunda del sentido mismo de la salud; deja de ser reconocida como una necesidad humana básica, como una garantía individual y como un derecho social.

Al pasar de un modelo público a otro de mercado, el centro de gravitación se mueve de la satisfacción de las necesidades de salud al de la búsqueda de ganancias. Esto significa el abandono del valor de la salud como derecho humano y condición de una vida plena y el establecimiento de nuevas prioridades en el sistema de salud. Es el alejamiento o negación de la justicia social y la rearticulación del

---

<sup>1</sup> Es interesante destacar que paralelamente a la reforma del IMSS, la Secretaría de Salud instrumentó el Programa de Reforma del Sector Salud, cuyos ejes básicos eran la descentralización y la universalización de Paquete Básico de Salud.

<sup>2</sup> Representa entre 5 y 14% del PIB, y aun en países como México, con un gasto público en salud (3% del PIB) insuficiente y bajo en la comparación internacional, es desde el punto de vista económico una de las principales actividades económicas.

ámbito institucional. Esto fue lo que se planteó con la reforma del IMSS, se siguió con el Seguro Popular y hoy se intenta culminar con la reforma del ISSSTE.

### ***El contenido de la reforma de la Ley del Seguro Social***

El elemento más conocido de la reforma del IMSS es el cambio del sistema de pensiones donde la privatización es irrefutable y los efectos lesivos para los trabajadores a estas alturas están reconocidos por todos incluyendo a la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar) y las propias administradoras de fondos para el retiro (afores).

#### **La reforma financiera**

Aparte de la caída del monto de las futuras pensiones, el tránsito a la capitalización individual con administración privada de los fondos de pensiones también tiene un impacto importante sobre el resto de los seguros, pues cada uno de éstos tiene que ser autofinanciable y no se admite el uso cruzado de fondos. Esto repercutió sobre el financiamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad por dos razones. Por un lado, casi toda la infraestructura médica del IMSS se ha construido con fondos del Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte, cuyos fondos además se usaban para complementar el gasto operativo. Por el otro, ha recaído sobre el Seguro de Enfermedades y Maternidad prácticamente todo el costo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los trabajadores del propio IMSS que antes se repartía entre todos los seguros.

Es necesario tener presente que, a diferencia de la cuestión de las pensiones, la reorientación privatizadora de los servicios de salud no requiere cambios legales mayores ya que incluso la vieja ley del IMSS preveía la posibilidad de subrogar servicios mediante los llamados “convenios de reversión de cuotas” previstos en el artículo 89.

El cambio más importante en la legislación del Seguro de Enfermedades y Maternidad se refiere a la forma de cotización, que pasa de un esquema solidario a otro de “equidad”. Este cambio explica en parte el creciente desfinanciamiento de este seguro. Veamos. En la vieja ley las aportaciones obrero-patronales eran un porcentaje sobre

el salario. Este esquema tenía una orientación razonablemente solidaria ya que a mayor ingreso, el monto de la contribución era mayor. Ciertamente en un esquema plenamente solidario el porcentaje sobre el salario debería incrementarse de modo progresivo.

La nueva ley transita justamente en el sentido contrario: establece una contribución fija igual por cada trabajador, independientemente de su nivel salarial, y una pequeña sobretasa de 1.1 por ciento sobre la parte del salario que sobrepasa tres salarios mínimos. El argumento para justificar este cambio fue que es “equitativo” al hacerse un “pago igual por servicios iguales”. Este cambio regresivo en términos de distribución del ingreso favorece, particularmente, a la gran empresa y perjudica a la pequeña empresa. De manera simultánea se estableció una cuota fija por trabajador como aportación del gobierno federal cuya contribución pasó aproximadamente de 5 por ciento del total de los recursos del Seguro de Enfermedades y Maternidad a alrededor de 30 por ciento. Además se fijó una cuota de 1.5 por ciento sobre el salario base de los trabajadores activos para los servicios médicos de los pensionados debido a que el sistema afore-siefore sólo administraría los fondos de pensiones sin responsabilizarse de los servicios médicos para este grupo y sus familiares. Por último se estableció el llamado Seguro de Salud para la Familia, un seguro voluntario financiado por el gobierno federal y las familias para extender la seguridad social a la población sin una relación laboral formal.

La promesa muy publicitada fue que con el nuevo esquema se refinanciaría el Seguro de Enfermedades y Maternidad y los servicios de salud mejorarían sustancialmente. Así mismo se prometió una importante ampliación de la cobertura de los servicios integrales de salud mediante el Seguro para la Familia.

Ninguna de las promesas hechas por el gobierno en aquel momento se ha cumplido, básicamente porque la reforma estaba viciada de origen, tal como sus críticos lo señalaron en reiteradas ocasiones en 1995 (Mussot, 1996).

Antes de la aprobación de la Ley se demostró que el nuevo esquema “equitativo” de cotización no iba a refinanciar el Seguro de Enfermedades y Maternidad tomando en cuenta la distribución de la población asegurada por nivel salarial (Laurell, 1997). Incluso se demostró que aun añadiendo 1.5 por ciento para los pensionados, los ingresos del IMSS en este seguro se mantendrían aproximadamente

iguales a pesar de que el fisco incrementó de modo sustancial su aportación. En cambio las empresas, con excepción de las más pequeñas, han gozado de una disminución de la cuota patronal que va de 1.25 hasta 6 puntos porcentuales sobre el salario base de cotización; disminución que es directamente proporcional al nivel salarial del trabajador como se observa en el siguiente cuadro.

*Comparación de cotizaciones  
 en las leyes del Seguro Social 1973 y 1995  
 como porcentaje sobre el salario  
 base de cotización*

Nivel salarial (núm. de SM)	Ley del Seguro Social 1973				Ley del Seguro Social 1995			
	Patrón	Obrero	Estado	Total	Patrón	Obrero	Estado	Total
1	11.875	0	0.625	12.5	21.10	0.25	14.00	35.35
2	8.75	3.125	0.625	12.5	10.90	0.25	7.05	18.20
3	8.75	3.125	0.625	12.5	7.50	0.25	4.73	12.48
4	8.75	3.125	0.625	12.5	6.90	0.65	3.58	11.13
5	8.75	3.125	0.625	12.5	5.88	0.65	2.88	9.41
6	8.75	3.125	0.625	12.5	5.20	0.65	2.42	8.27
7	8.75	3.125	0.625	12.5	4.71	0.65	2.09	7.45
8	8.75	3.125	0.625	12.5	4.35	0.65	1.84	6.84
9	8.75	3.125	0.625	12.5	4.07	0.65	1.64	6.36
10	8.75	3.125	0.625	12.5	3.84	0.65	1.49	5.98
15	8.75	3.125	0.625	12.5	3.16	0.65	1.03	4.84
20	8.75	3.125	0.625	12.5	2.82	0.65	0.80	4.27
25	8.75	3.125	0.625	12.5	2.62	0.65	0.66	3.93

SM: Salario mínimo.

Es más, el nuevo esquema de cotización es intrínsecamente perverso porque si la estructura y monto salarial mejoraran, tendrían un impacto pequeño sobre los ingresos del Seguro de Enfermedades y Maternidad y mucho menor que con el anterior esquema.

¿Cómo explicar que se haya hecho una reforma financiera tan desacertada del seguro de salud del IMSS? Sólo se puede entender sobre

la base de un cambio conceptual de fondo sobre la seguridad social y sobre a quién debe beneficiar.

En una lógica neoliberal de promoción de los intereses del capital a costa de los intereses de los trabajadores, la reforma resulta totalmente coherente. La cuota fija pagada con fondos públicos constituye un nuevo subsidio a los grandes empresarios que les permite apropiarse de una parte mayor del excedente. Es decir, una parte del costo de la seguridad social se traslada de los empresarios a los contribuyentes de impuestos.

Por otra parte, y no menos importante en la lógica privatizadora de los servicios, el principio de equidad definida como “igual prima (aportación) por servicios iguales” permite ponerles un precio a los servicios. Es una condición básica e indispensable de la privatización ya que sin fijarles este precio, los servicios no pueden ser intercambiados en el mercado, o sea, estar sujetos a la compra-venta.

Por último, cabe señalar que la promesa de incrementar la cobertura y los ingresos del IMSS por medio del Seguro de Salud para la Familia no se ha cumplido. Esto también era predecible ya que existía una larga experiencia de seguros voluntarios fracasados dentro del IMSS. A ello se añadió posteriormente la nueva política foxista del Seguro Popular que también está dirigido a la población sin seguro social laboral.

### **El nuevo arreglo institucional**

Para comprender la lógica de los procesos de privatización en salud es útil introducir el concepto de *mercantilización* ya que el de *privatización* tiende a identificarse con la venta de activos, es decir, de los bienes de una empresa. En el caso de los servicios médicos esto no ocurre, al menos en las etapas iniciales del proceso, sino que éste se caracteriza por la introducción de una lógica mercantil en el sector. La forma más usada es introducir la competencia entre prestadores, normalmente con el argumento de mejorar la calidad de los servicios, lo que con frecuencia va acompañado del cambio de los “subsidios a la oferta (servicios públicos de salud) a subsidios a la demanda (al paciente)”.

La competencia sólo se puede dar en la presencia de algún tipo de mercado, sea éste interno –dentro de las instituciones públicas– o externo –privado. La mercantilización de la salud o de los servicios médicos significa entonces que son convertidos en bienes sujetos a

transacciones en el mercado o sometidos a la lógica de la compra-venta.

El modelo Londoño-Frenk de “pluralismo estructurado” es una concepción sobre cómo lograrlo y cuáles son los arreglos institucionales necesarios. Su propuesta básica consiste en separar las distintas funciones que generalmente desempeña la institución pública de salud, a saber, la regulación, el financiamiento y la prestación del servicio. Este modelo es básicamente el conocido como “competencia administrada” en los Estados Unidos (Enthoven, 1993).

El nuevo arreglo institucional del IMSS, acordado con el BM (World Bank, 1998) y aceptado como una de las condiciones de un préstamo de ajuste de 700 millones de dólares, tenía precisamente por objeto mercantilizar los servicios y contener los costos. De esta manera se preveía establecer un “Fondo Solidario de Salud” para financiar los servicios. Su función sería entonces administrar recursos financieros; establecer el monto y garantizar las reservas actuariales; costear el llamado “Paquete Comprensivo de Servicios” y ajustarlo a los ingresos del Seguro de Enfermedades y Maternidad; y comprar servicios para los derechohabientes a las organizaciones administradoras de servicios de salud (OASS) con el método “capitado”<sup>3</sup> o “por servicio” según el tipo de contrato.

Las OASS estaban conceptualizadas como los prestadores de servicios. Inicialmente deberían ser las llamadas “zonas médicas” del propio IMSS y sus hospitales de especialidad. De modo simultáneo debería dárseles cabida a las OASS privadas e incluso se fijó un calendario para su establecimiento en el convenio con el BM y se legisló sobre los ISES (instituciones de seguros especializadas en salud). La función de las OASS-ISES sería prestar servicios a los derechohabientes o comprar (subrogar) servicios para ellos, o sea, serían los prestadores de servicios. Estaban planeadas a imagen y semejanza de los HMO (*health maintenance organization*) estadounidenses. Por último, la función reguladora la desempeñaría en los temas generales la Secretaría de Salud y en los temas particulares el propio IMSS.

---

<sup>3</sup> Prepago por persona a un proveedor para prestar los servicios de un paquete de servicios predeterminado.

## ***La instrumentación y resultados de la reforma***

Transcurridos diez años de la entrada en vigor de la reforma se constata que sólo se ha instrumentado en parte. El nuevo esquema financiero se ha aplicado tal como señala la Ley, pero la reorganización institucional no ha seguido el diseño prescrito. Las razones que explican esta situación son de diferentes órdenes. En primer lugar no deben subestimarse las dificultades implícitas en des- y rearticular una institución del tamaño y complejidad del IMSS. Simultáneamente ha existido una resistencia prolongada, activa y pasiva, de los trabajadores del IMSS en contra del desmantelamiento del Instituto. Por último y de mucha relevancia, están los entretelones de la conducción del proceso que tiene que ver, por un lado, con la incompetencia y el desconocimiento de los directivos del Instituto, y por el otro, con la agenda de salud de los gobiernos panistas.

Las características básicas de la reforma del IMSS son las mismas que las de prácticamente todas las reformas de salud neoliberales (Lister, 2007). Un rasgo institucional clave para explicar el trayecto que han seguido éstas es el tejido institucional previo. Donde prestan los servicios instituciones públicas sólidas y existen regulaciones claras del ejercicio liberal de la profesión en el marco del sistema público de salud (p.e. Inglaterra), generalmente sólo se ha instrumentado la separación entre financiamiento y prestación de los servicios<sup>4</sup> dentro del sector público, pero no una inclusión importante del sector privado o la abierta privatización.

Por ejemplo en Chile (Tetelboin, 2003), país pionero de la reforma regresiva, la privatización no se construyó a partir del sistema público sino transfiriendo al sector privado una parte de los fondos públicos de salud de la seguridad social e introduciendo la libre elección entre los sistemas público y privado. Estos dos elementos fueron la palanca de la construcción de un sistema privado de salud paralelo al público que ha conducido a un sistema segmentado y muy inequitativo. En el caso de Colombia (Torres, 2007) se sometió sistemáticamente el instituto de seguridad social, pequeño y con cobertura

---

<sup>4</sup> Conocido en la literatura anglosajona como *purchaser-provider split*.

restringida, a la competencia desleal y el estrangulamiento financiero durante más de una década hasta lograr su quiebra y su puesta en venta en 2007.

La solidez institucional del IMSS –primer prestador de servicios médicos del país con 350 mil trabajadores, 264 hospitales, 20 unidades médicas de alta especialidad y 1 590 clínicas de primer nivel (IMSS, 2007)– indudablemente es parte de la explicación de su resistencia al arreglo institucional propuesto. Se hicieron algunos intentos de instrumentarlo introduciendo autonomía de gestión en los hospitales de tercer nivel pero con resultados insatisfactorios.

La conducción del IMSS durante los últimos siete años<sup>5</sup> ha estado en manos primero de un tecnócrata de orientación neoliberal –Santiago Levy– y posteriormente de un político panista –Juan Molinar Horcasitas–, ambos sin experiencia alguna en materia de seguridad social o servicios de salud. Bajo sus administraciones la perspectiva ideológica y política sobre la seguridad social, tal como se expresa en sus acciones y planteamientos, es una visión de derecha donde no tienen cabida los derechos sociales de los trabajadores y cuya función primera es operar como una compañía aseguradora para financiar la prestación de servicios abriéndolos al sector privado. La insistencia de comprar servicios privados ha sido particularmente patente en el discurso de Molinar Horcasitas y del actual secretario de salud, Córdova Villalobos.

Dos elementos han impulsado el proyecto mercantilizador-privatizador de la seguridad social de los gobiernos panistas. El primero es el desfinanciamiento originado por el nuevo esquema de cotización y de administración de los recursos. Tal como se había pronosticado desde 1995, el refinanciamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad no se ha materializado y no se ha instrumentado ninguna acción para corregir este problema. Además, desde 2001 la constitución obligatoria de reservas actuariales ha ampliado el margen de manobra para asfixiar al Instituto y “demostrar” su inviabilidad financiera, culpando a los trabajadores y su Régimen de Jubilaciones y Pensiones del déficit financiero.

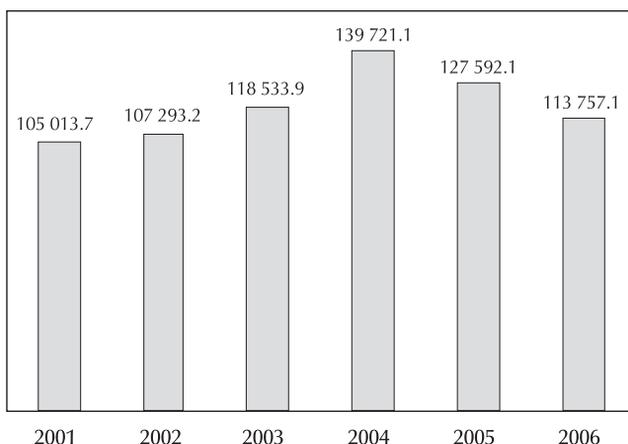
---

<sup>5</sup> La excepción fue Fernando Flores, funcionario del IMSS con amplia trayectoria institucional, que fungió como director general los últimos meses del sexenio foxista.

El segundo elemento que ha sido usado para presionar al IMSS es el Sistema de Protección Social en Salud o el Seguro Popular. Éste se convirtió en el proyecto de salud de la derecha y se ha construido básicamente sobre la misma concepción que la reforma mercantilizadora-privatizadora del IMSS. Las ventajas del Seguro Popular desde el punto de vista de la derecha es que es voluntario; no descansa sobre un tejido institucional nacional<sup>6</sup> fuerte y cohesionado; y está focalizado en la población abierta que históricamente ha tenido dificultades de acceso a los servicios de salud. La Secretaría de Salud ganó la pugna distributiva al IMSS a favor del Seguro Popular con una campaña propagandística intensa, una negociación con la Secretaría de Hacienda y un cabildeo fuerte con los gobernadores, ofreciéndoles más recursos para salud a los estados.

Contrario a lo que se cree, el gasto público federal en salud bajó entre 2004 y 2006 principalmente a costa del IMSS, como se observa en la gráfica que demuestra la evolución del presupuesto del IMSS, de 2001 a 2006 en millones de pesos de 2006. Es decir, no era la salud de los mexicanos lo que ocupó un lugar privilegiado durante el gobierno foxista sino sólo el proyecto del Seguro Popular; proyecto que incluso fue un mecanismo para debilitar los servicios médicos de la seguridad social.

*Presupuesto IMSS-Salud, 2001-2006  
(en millones de pesos de 2006)*



Al mismo tiempo se lanzó una ofensiva contra el sindicato del IMSS para modificar el Régimen de Jubilaciones y Pensiones. Esta modificación se plasmó en la Ley del Seguro Social en agosto de 2004 y en un convenio en 2005 que solamente concierne a los trabajadores de nuevo ingreso. Evidentemente este cambio, cuyos efectos se materializarán dentro de tres décadas, no ha resuelto el desfinanciamiento del IMSS. Por ello el actual director general está de nuevo atacando al sindicato del IMSS y su contrato colectivo como los responsables de las dificultades financieras del Instituto y exigiendo un recorte importante de sus prestaciones.

La intolerancia ante los trabajadores y sus derechos contrasta con la condescendencia respecto a los patrones cuyos adeudos y moras representaban un monto de 13.5 mil millones de pesos a finales de 2006 después de varias reestructuraciones y descuentos.

A pesar de que el director general del IMSS tiene la obligación de informar al Congreso de la Unión sobre la situación financiera del Instituto, la información que presenta es con frecuencia ambigua y se ha usado para generar la percepción de una inminente catástrofe o derrumbe de la institución. Esto resulta particularmente patente respecto a la presentación de los cálculos actuariales del Régimen de Jubilaciones y Pensiones donde no se especifican las premisas básicas para el cálculo ni se dan escenarios alternativos según la evolución, por ejemplo, del número de afiliados, el salario, la inflación, etcétera. Esta falta de precisión abona entonces al discurso catastrofista para callar a los defensores del IMSS y de la institución pública como palanca necesaria para garantizar el derecho a la salud de los mexicanos.

La exposición manipulada o incompleta de la información desde luego no significa que no estén en condiciones precarias los servicios médicos del IMSS. El problema más bien consiste en que un diagnóstico sesgado encamina las posibles soluciones en una determinada dirección. La insistencia en la crisis financiera del Seguro de Enfermedades y Maternidad que identifica su origen en el alto costo del contrato colectivo, particularmente el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, y en el envejecimiento de la población derechohabiente,

---

<sup>6</sup> Los iniciales prestadores de los servicios son los sistemas estatales de salud descentralizados y en su gran mayoría mucho más débiles que el IMSS, al igual que su sindicato y sus usuarios-derechohabientes.

oculta la cuestión de fondo que es la concepción misma de la reforma de la seguridad social.

Las reformas neoliberales de los servicios de salud más acabadas en América Latina son las de Chile y Colombia. En ambos casos está plenamente reconocido que estas reformas requieren cambios profundos, los cuales se están discutiendo en ambos países. Los problemas principales son: que las reformas no han resuelto el acceso a los servicios de salud en caso de necesidad; se ha generado una nueva segmentación de los servicios con la consecuente inequidad; los servicios de salud pública y colectiva han retrocedido gravemente; el costo de los servicios ha crecido muy rápido, en particular en el sector privado; la calidad no ha mejorado consistentemente; y la regulación de los servicios es muy deficiente.

En ambos casos es notable que la actividad más codiciada por su alta rentabilidad sea la administración de los fondos de salud y no la prestación de los servicios. O sea, la salud se ha convertido en otro ámbito de actividad financiera antes que de producción de servicios de salud para la población.

Esta trayectoria de las reformas privatizadoras no sorprende porque se repite en otras partes del mundo como lo ha demostrado Lister (2007) en su libro cuyo subtítulo es *Guía crítica a la industria global de la reforma en salud*.

Ya hace más de diez años Dahlgren (1994) sintetizó cuáles son las fases del trayecto de un modelo público a un modelo de mercado en salud.

#### *De un modelo público a un modelo de mercado*

- |   |
|---|
| <p>Fase 1. Se establecen “unidades de desempeño”; aparecen algunos subcontratistas privados.</p> <p>Fase 2. Se establecen unidades compradoras de servicios públicas autónomas; se introducen valores de competencia; inicia la batalla por el lenguaje: pacientes → clientes; médicos → productores o proveedores; sistema (público) burocrático → sistema (mercado) democrático, etcétera.</p> <p>Fase 3. Intensificación de la privatización. Se venden los hospitales públicos; se empieza a priorizar a pacientes privados; se enfatiza la “libertad de elección”; el seguro obligatorio o los servicios públicos se limitan a “paquetes de servicios” básicos; se introducen seguros privados complementarios; gastos de seguro médico son deducibles de impuestos.</p> |
|---|

*...De un modelo público  
a un modelo de mercado*

Fase 4. Comprobación de pobreza socio-económica para recibir servicios financiados con recursos públicos para niños y adultos. Adultos mayores reciben paquete básico gratuito. El resto paga vía seguro o directo.

Como se observa, en México no necesariamente se han dado en la misma secuencia las fases de tránsito al modelo de mercado, pero los elementos son los mismos. Dahlgren luego expuso en función de las transformaciones de cada fase las consecuencias sobre algunas de las características deseables de los servicios de salud.

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Costos totales	****	***	**	*
Redistribución	*****	****	**	*
Acceso a servicios	*****	****	**	*
Libertad de elección	***	****	***	**
Posibilidad de elegir	****	***	**	*
Orientación de los servicios	****	***	***	**
Calidad de servicios	****	***	***	**

No deja de llamar la atención que hay un alto grado de coincidencia en la literatura sobre los graves inconvenientes de los sistemas de salud con un componente privado dominante y, sin embargo, el gobierno de derecha sigue empujando nuestro maltrecho sistema de salud en esta dirección. La única explicación coherente es que está empeñado en abrir otro ámbito de ganancias a los grandes grupos privados.

*Septiembre de 2007*

### **Referencias**

Banco Mundial (1993): *Informe sobre el desarrollo mundial 1993 / Invertir en salud*, Washington, World Bank.

- DAHLGREN, G. (1994): *Framtidens sjukvårdsmarknader –Vinnare och förlorare*, Estocolmo, Natur och Kultur. (*Los mercados de salud del futuro: ganadores y perdedores.*)
- ENTHOVEN, A. C. (1993): “The history and principles of managed competition”, en *Health Aff.*, 12 (Suppl.), pp. 24-48.
- GONZÁLEZ PIER, E. (2007): *Sistema de protección social en salud / Elementos conceptuales, financieros y operativos*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2007): *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, IMSS.
- LAURELL, A. C. (1995): *La reforma de los sistemas de salud y seguridad social / Concepciones y propuestas de los distintos actores sociales*, México, Fundación F. Ebert.
- (1997): *La reforma contra la salud y la seguridad*, México, ERA / Fundación F. Ebert.
- LISTER, J. (2007): *Health policy reform / Driving the wrong way?*, Londres, Middlesex University Press, pp. 24-29.
- LONDOÑO, J. L. y J. Frenk (1996): “Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina”, en *Boletín Salud y Gerencia*, núm. 15, pp. 5-28.
- MUSSOT, M. L. (1996): *Alternativas de reforma de la seguridad social*, México, Fundación F. Ebert.
- TETELBOIN, C. (2003): *La transformación neoliberal del sistema de salud / Chile: 1973-1990*, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- TORRES, M. (2007): *ICSS / Crónica de una muerte anunciada*, disponible en: <[www.salud.gobiernolegitimo.org.mx](http://www.salud.gobiernolegitimo.org.mx)> → Documentos.
- World Bank (1995): “Mexico. Country strategy and implementation review meetings (CISR). Summary minutes”, documento mimeografiado.
- (1998): “Mexico Health System Reform”, documento mimeografiado.