

# Sobre la propuesta de “universalidad” en salud: Mercedes Juan y Enrique Peña Nieto\*

Gustavo Leal Fernández\*\*/Héctor Javier Sánchez Pérez\*\*\*  
Jorge Leonel León Cortés\*\*\*\*

## **Resumen**

En el presente trabajo se examina la propuesta de seguridad social universal que propone el gobierno del Presidente Enrique Peña Nieto. Para efectos de la extensión del texto, se concentra exclusivamente en el componente de salud y revisa el origen de la propuesta, sus desventuras y propone algunas alternativas para reordenar las prioridades sanitarias previas e indispensables para alcanzar el carácter de universalidad en el sector.

**Palabras clave:** México, Enrique Peña Nieto, sector salud, políticas públicas, servicios médicos

## **Abstract**

In this paper the proposed universal social security by the government of President Enrique Peña Nieto is examined. For purposes of the length of the text, it focuses exclusively on the health component and analyses the origin of the proposal, their misadventures and proposes some alternatives to rearrange the previous and indispensable health priorities to achieve universal character in the sector.

**Keywords:** Mexico, Enrique Peña Nieto, health sector, public policy, medical services

*Recibido: 19 de febrero de 2016. Aceptado: 3 de marzo de 2016.*

\* Aclaración. Un fragmento de este trabajo aparecerá en *Gremio Activo*, revista del Sindicato de Trabajadores de la Cámara de Diputados, núm. 2, enero-marzo, 2016, pp. 3-7, México, Ciudad de México, bajo el título “Seguridad Social en México”. Por su parte, el artículo “Can public sector reforms improve the efficiency of health public services?” –propuesto para publicación en la revista *The Health Reform Monitor of Health Policy* (Elsevier)– resume algunas de sus principales tesis. Y la traza central de su contenido también sirvió de cuerpo principal a la conferencia: *Peña Nieto y Mercedes Juan. Degradando el derecho a la salud. El final estaba al principio!*, que tuvo lugar en el Congreso Internacional de la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud (SMAES), celebrada en la Academia Nacional de Medicina, el 26 de noviembre, 2015.

\*\* Doctor en Economía. Profesor investigador adscrito a la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Líneas de investigación: salud y seguridad social en México y en el mundo. Correo electrónico: lealfernandezgustavo@gmail.com.

\*\*\* Doctor en Medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona. Investigador titular adscrito al Colegio de la Frontera Sur, Unidad San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. Miembro de la Red GRAAL (Grupos de Investigación para América y África latinas); Líneas de investigación: tuberculosis, salud y derechos humanos, mortalidad materna, violencia familiar y social. Correo electrónico: hsanchez@ecosur.mx

\*\*\*\* Doctor en Ecología por la Universidad de Leeds, Reino Unido. Investigador titular adscrito al Departamento de Conservación de la Biodiversidad en El Colegio de la Frontera Sur, Unidad San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. Líneas de investigación: biología de la conservación, ecología del paisaje, cambio climático. Correo electrónico: jleon@ecosur.mx

## ¿Qué “universalidad”?

**E**l concepto de “universalidad” ha sido considerado como el más poderoso que la salud pública puede ofrecerle al mundo. Sin embargo, existe una brecha amplia entre lo que este concepto significa para aquellos que toman las decisiones y lo que puede llegar a significar para el resto de los ciudadanos. Para aquellos que no se encuentran inmersos en la toma de decisiones de modo directo, dicho concepto tiene la connotación de una demanda; una urgencia por mejorar los servicios y hacerlo pronto.

Durante la campaña presidencial de Enrique Peña Nieto no se discutió la situación actual de la salud y seguridad social en los mexicanos. Se aludió a un “sistema de seguridad universal”, así como de una agenda externa a las necesidades sectoriales por parte de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), la Secretaría Mercedes Juan y los intereses legítimos de la arena de la política pública.

A partir de los acontecimientos en Ayotzinapa, Guerrero, se detonó una crisis de representación, derechos humanos, justicia e impunidad en torno al gobierno de Enrique Peña Nieto. Lo anterior colocó en tela de juicio la forma en que se trataron muchos otros temas nacionales.

Inmediatamente después de que Mercedes Juan fuera designada Secretaria de Salud, el 1 de diciembre de 2012, la SSA activó una agenda que desplazó tanto la oferta de campaña de Peña Nieto como la de la “universalidad” previamente mencionada. Esa agenda emergente operó como el centro de las tareas de la SSA-Juan durante todo el año 2013, y con ajustes que la fueron diluyendo durante 2014.

La agenda emergente original –publicitada entre diciembre 2012 y abril 2014– era extremadamente ambiciosa y contemplaba: fondo único, financiamiento vía impuestos generales, principio de capitación, competencia entre prestadores –incluido el sector privado con clara presencia del sector asegurador–, subrogación de servicios, libertad de elección y priorización de intervenciones y padecimientos bajo la forma rústica de “paquetes”, entre otros (FUNSALUD, 2013).

Este trabajo no examina la propuesta de “seguridad social universal” de Enrique Peña Nieto en su sentido amplio. Dicho examen puede encontrarse en la serie *La “universalidad” de la administración Peña Nieto*.<sup>1</sup> Sin embargo,

<sup>1</sup> Y que abarca desde sus antecedentes (propuesta Levy-2008, Leal, 2015a; Leal-Sánchez, 2015b), la campaña presidencial 2012 y su desenlace (Leal, 2014), el interregno julio-diciembre 2012 (Leal, 2013), el *Pacto por México*, la iniciativa de reforma hacendaria-“social” de septiembre 2013 (Leal, 2014a), el sector asegurador (Leal-Sánchez, 2015c), los pisos básicos de protección social de OIT (Leal-Sánchez, 2014b), la pensión no “universal” (Leal-Sánchez, 2015d), el falso seguro de desempleo no “universal” (2015e), las reformas al Sistema de Ahorro para el Retiro y el “acceso” a la salud (FUNSALUD), entre otros temas de relieve.

se concentra exclusivamente en el componente de salud de esta propuesta. Y en este caso, la pregunta pertinente sería: ¿por qué la Secretaria Mercedes Juan y el Presidente Enrique Peña Nieto activaron una propuesta de “universalidad” no universal?

### **La reforma que no cuajó y sus ajustes**

Poco después de la elección 2012, en agosto, la primera presentación para conformar un “fondo único” corrió del cargo al exsecretario foxista Julio Frenk, también de FUNSALUD, quien sostuvo:

podemos empezar por un Seguro Universal de Salud que sea el fondo que conjunte el financiamiento de los distintos seguros públicos, dándoles los espacios a cada institución. No un modelo de fusión de instituciones, pero sí un fondo común con políticas *homologadas*.<sup>2</sup>

En marzo de 2013, Frenk estimó que “urgía” una reforma financiera en salud para sustituir los actuales sistemas de financiamiento, provenientes de fondos y cuotas obrero-patronales, por una “contribución social generalizada”. Se crearía un fondo único de aseguramiento contra gastos catastróficos, un paquete de intervenciones de alta especialidad y un paquete común de beneficios al que todo mexicano tendría derecho bajo cualquier esquema de aseguramiento público con independencia de quien sea el prestador de servicios.

Ojalá sea tema central de la reforma hacendaria. Hacer una transición de eliminar cuotas obrero-patronales a cambio de una contribución social que fuera mezcla de impuestos al consumo, ingreso y riesgos a la salud. Esto podría ejecutarse en la vida de la actual administración. La parte financiera puede ir más rápido –con un etiquetamiento suave–, porque la parte de prestar servicios es más compleja,<sup>3</sup> aclaró entonces.

Por su parte, ya como Secretaria de Salud y siguiendo a Frenk, Mercedes Juan manifestó, desde un principio, que para consolidar la universalidad

<sup>2</sup> *Reforma*, 27 de agosto.

<sup>3</sup> “Lo que sigue es una reforma, como propone FUNSALUD, sobre la base de un fondo único integrado con impuestos generales, y la aportación que el gobierno federal ya hace como cuota social al Seguro Popular, IMSS e ISSSTE. Con este dinero se podrían tener redes plurales de servicios”, *La Jornada*, 7 de febrero, 2013.

de los servicios tomaría “como referencia el estudio que realizó al frente de FUNSALUD planteando un fondo único de impuestos generales”. Para ella,

lo que queremos es que una persona pueda elegir a dónde se quiere atender, y si llegáramos a esto, permitiría aumentar la competencia entre los servicios de salud y, de esta manera, mejorarla la calidad. Incluso, días antes de la presentación de la reforma hacendaria, Juan comunicó que ella se basaría en “un fondo único de salud”.<sup>4</sup>

El *primer ajuste* de la Secretaria Mercedes Juan ocurrió el 25 de abril de 2014, teniendo como escenario la Semana de Seguridad Social que organiza actualmente la Comisión de Seguridad Social del Senado de la República. Dicho ajuste consistió en la renuncia del contenido extenso del ambicioso proyecto original con el pretexto de motivos presupuestales. A partir de ahí, ya no habría un fondo único y desaparecerían las cuotas obrero-patronales debido a que “las reformas fiscales no dieron para un solo paquete de impuestos generales que unificara la atención a la salud” (Senado de la República, 2014). Estas capitulaciones confirmaban que su reforma quedaba comprimida a la creación de un “padrón único que impacte en la eficiencia del gasto y el ahorro de los recursos” (Senado de la República, 2014) y a degradar el “derecho” a la salud.

Además, Mercedes Juan optaba por una reforma que necesariamente modificara el artículo 4 constitucional para degradar el Derecho a la salud. Con esta nueva base constitucional, pretendía introducir en IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR y PEMEX:

1. Garantías “explícitas” (o paquetes básicos mínimos) que racionen las intervenciones de salud, ahora sujetas a condiciones “precisas para el acceso” a los servicios.
2. Homologar interinstitucionalmente protocolos de atención y tarifas para aplicar esa paquetería “explícita”.
3. Incrementar gradualmente la lista racionada de intervenciones ya como paquetes básicos “explícitos”.
4. Crear una “Procuraduría” que vigile y haga “exigibles” los paquetes mínimos “explícitos”. Además, asegurada su “independencia” respecto a todas las instituciones, esa “Procuraduría” dispondría de la facultad de “obligar” a cada una de ellas a prestar los servicios o “pagar en el caso de que no los puedan prestar o hacer un direccionamiento del paciente a un proveedor alterno” ¿privado?

<sup>4</sup> *La Jornada*, 10 de marzo

5. Finalmente, integrar una Comisión Nacional de Salud Universal con todas las instituciones –más la Secretaría de Hacienda– con el encargo de ejecutar el racionamiento a paquetes básicos mínimos, así como determinar costos y tarifas interinstitucionales (portabilidad) (Senado de la República, 2014).

### **Se impone la realidad**

Mientras ocurría el primer ajuste y la última versión de la reforma estalló –en junio 2014– la más firme movilización médica de que se guarde registro desde el movimiento médico de 1964. El *hashtag* #soymédico17 se cristalizó en vastas movilizaciones y una refrescante respuesta juvenil. Y en septiembre 2014 siguió el hondo movimiento de la rama de enfermería. Después de todo, este último sector (el de los jóvenes) es uno de los que se presenta mayormente afectado por la reforma laboral de Enrique Peña Nieto.<sup>5</sup> Ambos liderazgos expresaron oportunidades y tiempos de acción política frente al proyecto de “modernización” excluyente de Peña. Y describieron estrategias diferentes, con impactos también distintos (Leal, 2015), en torno a un asunto crucial para la política pública de salud y seguridad social: los así llamados parámetros de suficiencia de personal sanitario capacitado y motivado, así como los medios disponibles para brindar la debida atención. Parámetros que promueven las más recientes definiciones de “cobertura sanitaria universal” de OMS (2012) y de OPS (2014). Todo ello confirmaba la distancia estructural que priva entre el proyecto de FUNSALUD y las necesidades reales del sector que, como ya se dijo, Peña Nieto intentó esquivar con su demagógico sistema de seguridad social “universal” y su sociedad de “derechos”.

### **Más ajustes y el desplome**

El segundo ajuste consistió en la pretensión de establecer una “instancia para la vigilancia y calidad de los establecimientos”. Dicho ajuste tuvo lugar el día 24 de septiembre de 2014, precisamente dos días antes de la tragedia de Ayotzinapa. Dicha instancia ya se contemplaba en las modificaciones a la *Ley General de Salud* (DOF, 2014), que recentralizan autoritariamente los recursos del Seguro Popular. Una “instancia”, según Mercedes Juan, para “la

<sup>5</sup> Las nuevas figuras de contratación afectan severamente a la salud y seguridad social y mantienen un gran impacto sobre los tipos de cotización de los jóvenes que demandan IMSS e ISSSTE para otorgar prestaciones. Este efecto potencia el llamado *outsourcing*. La reforma incrementa las intensidades de la jornada laboral y disminuye los derechos, la protección social es mínima, las pensiones bajan y los servicios de salud se ven compactados. En adición, la calidad de los empleos es precaria.

regulación y vigilancia de la calidad de los servicios en los establecimientos de salud, así como de la práctica médica donde la Comisión Nacional de Arbitraje Médico asumirá facultades de autoridad en la ley para la protección de los usuarios de los servicios” (Senado de la República, 2014).

En suma: “universalizar” para Mercedes Juan equivalía a “institucionalizar la priorización”, seguir racionando tecnocráticamente a la baja los paquetes básicos con los que *apenas* se compromete el Estado como nuevo “derecho” degradado pero “exigible”. Es decir: una “universalidad” no universal.

El desplome ocurrió después de 26 meses de publicitarla como la “reforma que sigue”. Escudándose en el profundo recorte que el sector de la salud recibiría durante el año fiscal 2015, el 27 de febrero, Mercedes Juan comunicó que “por el momento no habrá reforma al sistema de salud. Ello implica posponer proyectos como la creación del sistema universal, portabilidad y la creación de un fondo único”.<sup>6</sup> Arrastrando en la temeraria empresa al IMSS, ISSSTE y PEMEX, la SSA-Peña había consumido –en la frustrada reforma– la tercera parte del sexenio. 26 meses perdidos para que Mercedes Juan terminara sólo declarando que “posiblemente el proyecto que se envíe al Congreso sea para modificar la *Ley General de Salud* a fin de crear la Comisión para la regulación y vigilancia de los servicios de salud y aumentar las atribuciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico”.<sup>7</sup> El sector se quedaba con las manos vacías y cuatro años por delante para apenas administrar inercialmente –por la serie de descentralizaciones fallidas– el más que comprometido y maltrecho despacho de la SSA.

## **Reformas Peña al Seguro Popular**

En los 26 meses perdidos, Peña Nieto exclusivamente reformó y para peor; es decir, centralizando los vastos recursos del Seguro Popular que, desde 2004, inundan las arcas de los gobernadores con escaso impacto sanitario y marcada opacidad. Esta reforma del Dr. O’Shea (DOF, 2014 y 2014a), comisionado del Seguro Popular, hunde el anhelo federalista (Cabrero, 2008) y fractura autoritariamente, sin superar, las fallidas descentralizaciones de Soberón (1987), De la Fuente y Narro (1997) y Frenk con el Seguro Popular (2004).<sup>8</sup>

<sup>6</sup> *La Jornada*.

<sup>7</sup> *La Jornada*.

<sup>8</sup> Los peñistas reconocieron que con el Seguro Popular, sus antecesores “afiliaron” más que lo que hicieron por la “infraestructura” y eliminaron, inmediatamente, el programa “Consulta Segura” (Chertorivski) para la reafiliación, porque “obliga” una evaluación médica que “desalentó” el interés por renovar pólizas. Pero nunca se ocuparon del diseño del Seguro Popular

## Migajas del mito de la salud “universal”

Después de que la Secretaria Mercedes Juan enterrara en definitiva la iniciativa inviable para instaurar un demagógico seguro de salud “universal”, desarmado, el subsecretario de la SSA, Eduardo González Pier, apenas pudo reconocer que “la universalidad se construye en distintos frentes”.<sup>9</sup> Todo lo contrario de lo que, durante 26 meses, propaló la Secretaria Mercedes Juan.

Para González Pier, ahora, la agenda mínima de la reforma consistía en “transformación: esa es la meta de la SSA”.<sup>10</sup> Pero de ¿qué? Según él, “no sirven los cambios al marco jurídico, ni presupuestal si antes no existe el andamiaje administrativo, de infraestructura y recursos humanos que garantice a prestación de servicios”.

¿Y por qué, entonces, no empezaron por ahí su reforma Peña Nieto y Mercedes Juan? ¡Los pacientes y equipos de salud que brindan la atención, se hubieran ahorrado 26 meses perdidos! Eso fue, justamente, lo que Peña

---

que ejecuta un federalismo centralizador; implanta paquetes básicos “esenciales” que no se ajusta a la morbi-mortalidad de los asegurados y se imponen eludiendo los diferentes perfiles patológicos estatales, mientras inhiben la libertad diagnóstica médico-clínica restringiéndola a esas “intervenciones” del paquete “esencial”. En septiembre 2013, Peña remitió una Iniciativa para reformar la *Ley General de Salud* (Seguro Popular), decretada en junio 2014 (DOF, 2014), y completada con su Reglamento de diciembre 2014 (DOF 2014<sup>a</sup>). Y como ocurriría con la educación, Peña centralizó autoritariamente los recursos del Seguro Popular, sin extraer nunca el saldo de las fallidas “descentralizaciones”. Agréguese los impactos de la –escasamente debatida– nueva *Ley Federal de Contabilidad Gubernamental* (2012), que violentando la división de poderes y desplazando a la Auditoría Superior de la Federación –con el pretexto de imponer nuevas obligaciones en materia de transparencia a estados y municipios– refuerza la naturaleza disfuncional del federalismo y solidifica la tiranía hacendaria al centralizar el ejercicio del gasto público en la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, siendo que –en rigor– se trata de funciones establecidas para el Congreso de la Unión y las legislaturas locales (artículos 79 y 134 constitucionales). Así, gracias a la reforma de ese *Reglamento*, ahora el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (que es un Organismo Público Descentralizado) ya no presta servicios. Sólo es una entidad financiera que, vía convenios, compra, paga y les facilita la acción de quienes, como prestadores los brindan directamente: los servicios estatales de salud, instituciones públicas, privadas y sociales que conforman el Sistema Nacional de Salud. El *Reglamento* también establece (Artículo 20) con toda claridad el procedimiento de “libertad de elección” para todo el sistema, así como la competencia entre prestadores: “los Regímenes estatales asignarán a cada núcleo familiar, a un centro de salud para su atención primaria y en caso de existir más de una opción, se les brindará la facilidad de elegir su unidad de adscripción”. Así se consolida la anhelada separación de la función financiera de la función prestadora de servicios. La reforma que Mercedes Juan fue incapaz de imponer a todo el sector, fue concentrada con las reformas Peña, exclusivamente al Seguro Popular. Lo que se aplica –como cambio legal– y apenas se proyecta para IMSS e ISSSTE, es el intercambio de servicios.

<sup>9</sup> *La Jornada*, 16 de marzo, 2015.

<sup>10</sup> *Ibid.*

esquivó en su campaña presidencial y primeros dos años de gobierno. Al ignorar las dos demandas ciudadanas más robustas: ¡mejorar servicios ya! y ampliar el catálogo de prestaciones a la altura del ciudadano del siglo XXI, para todo propósito, gracias a Peña, la política pública, se ubica, pues, ¡en el año 2012!

Por ello mismo, con 26 meses de retraso, ahora González Pier estima que se requiere la suma de voluntades que permita “con paciencia” unir esfuerzos y construir, en el mediano y largo plazos, un nuevo esquema para la atención de los pacientes.<sup>11</sup>

Según González Pier, “para esto no se requiere cambiar la ley, sino que las instituciones logren convenios administrativos y económicos. Obviamente se llega a un punto donde se requieren nuevos marcos jurídicos; pero aunque no se tengan, se puede avanzar en la universalidad”. La necesidad de atender las enfermedades y la forma de prestar los servicios “empuja” el cambio; y si al final los esfuerzos se concentran en resolver la necesidad de los pacientes, “todo lo demás se debería acomodar y se acomoda”.

Si ésta es la nueva “meta” de la SSA, ¿por qué Peña y Mercedes Juan optaron por el cambio jurídico que, siguiendo al ministro José Ramón Cossío, necesariamente degradaba ese “derecho” a los paquetes mínimos del Seguro Popular? 26 meses después, la “universalidad” de Mercedes Juan, resumida por el subsecretario González Pier, apenas aspiraba a establecer parámetros de suficiencia de personal sanitario capacitado y motivado, dotado de los medios disponibles para brindar la debida atención. Por ahí debió empezar Peña Nieto desde su campaña presidencial. Pero como, según él, no se trataba de “administrar, sino de transformar”, de fijar un “piso mínimo” de bienestar creando una relación “de derechos y obligaciones” entre la población y el Estado<sup>12</sup>, 26 meses después descubre que, su final, estaba al principio!

Para González Pier, esas “garantías explícitas” (o paquetes mínimos) iniciaríaían con un grupo específico de enfermedades: corazón, diabetes, transplantes renales, VIH-Sida y hemofilia, para “fiscalizar el acceso a la atención médica. Estar seguro de que si no te atendieron vayas a una entidad, como funcionan los servicios financieros o como funciona la Procuraduría Federal del Consumidor, cuando no te dan el servicio y lo haces exigible”.<sup>12</sup>

Por tanto, para Mercedes Juan, “universalizar” equivalía a “institucionalizar la priorización”, seguir racionando tecnocráticamente a la baja los paquetes

<sup>11</sup> La agenda “universal” mínima de González Pier apenas contemplaba edificación de hospitales “universales” de primer nivel (como el que se inauguró el pasado 18 de febrero de 2015 en Cananea, Sonora, con el apoyo del Grupo minero México), y el Acuerdo Nacional de Emergencias Obstétricas, signado en 2009, *Ibid.*

<sup>12</sup> *El Universal*, 1 de septiembre, 2014.

básicos con los que apenas se compromete el Estado como nuevo “derecho” degradado pero “exigible”.

### La “universalidad” programática de Peña Nieto

El día 7 de abril de 2015, celebrando el Día Mundial de la Salud, Enrique Peña Nieto insertó en su discurso una oscura afirmación:

el Gobierno de la República tiene varias metas por delante, las que señalamos desde el principio de esta Administración, para las que hemos construido distintos medios, formas a través de reformas, a través de políticas, a través de programas (Presidencia de la República, 2015).

¿Qué significa “formas a través de reformas”? Significa una ruta para “universalizar” *de facto*, sin cambio legal, ciertamente no clandestina, pero sí donde todo se vale, para cumplir los “programas invocados desde el principio de esta administración”.

Peña se refiere a los convenios de intercambio de servicios IMSS-Prospера-Seguro Popular en Chiapas, Oaxaca y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; al Convenio Marco IMSS-ISSSTE-SS-Baja California Sur, que homologa y habilita el intercambio de 819 servicios interinstitucionales (2013); Querétaro y Durango (2014); al convenio de colaboración para que IMSS-Oportunidades asuma el Seguro Médico Siglo XXI con recursos del Seguro Popular (2013); a la modificación por el Consejo Técnico para cobro de cuotas del Seguro de Salud para la Familia (2013); al Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas (2012), y el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios SSA-IMSS-ISSSTE (2011) (IMSS, 2014).

La asociaciones público-privadas, para sustituir el Hospital General Gonzalo Castañeda de segundo nivel del ISSSTE en Tlatelolco, con costo de mil 200 MP y el Hospital Regional de Mérida, así como la oferta del entonces Director del ISSSTE, Lerdo de Tejada, para que el Instituto “se incorpore” a la propuesta de Peña para “iniciar” la integración funcional del sector: “por ahora no está en los planes construir más hospitales”, sino aprovechar “al máximo los recursos disponibles en el país y que pueda haber intercambio de servicios entre las diferentes instituciones”.<sup>13</sup>

Para decirlo en el lenguaje de Lerdo de Tejada, director del ISSSTE:

<sup>13</sup> *La Jornada*, 1 de abril, 2015.

la dilación en la prestación de servicios, principalmente en las operaciones quirúrgicas, es una queja recurrente, que ha existido durante años y no se ha resuelto por falta de planeación y de organización administrativa interna. No existe justificación y es inhumano que el médico le diga a un paciente que requiere una cirugía, pero que se la realizará en los siguientes cuatro o cinco meses. Si en la clínica que le toca al derechohabiente no se puede, hay mil 300 unidades médicas en el país. Se puede trasladar a cualquiera para que el procedimiento se realice en un plazo máximo de 15 días. En caso de incumplimiento, se fincarán responsabilidades y las sanciones que correspondan. Habrá consecuencias internas si hay quejas.<sup>14</sup>

Lo que Mercedes Juan fracasó en imponer por vía legal, Peña Nieto lo ordena, *de facto*, vía “programas, proyectos y metas”. Con esta “universalidad” programática, los impactos sobre pacientes y equipos de salud son inmediatos: hacer más con menos. El costó lo pagará el triunfador de la elección 2018: empezará de cero. Como en otras áreas de la vida social, el proyecto de “modernización” excluyente de Peña se hundió estrepitosamente con altos costos para las mayorías nacionales.

### **La verdadera agenda social-electoral de Peña Nieto**

A la par de estos periplos del proyecto que degrada el “derecho” a la salud y sus avatares, durante los primeros dos años de gobierno el equipo de Peña Neto operó una sistemática estrategia, en rigor, su *verdadera* política social-electoral desde SEDESOL. En materia de salud y seguridad social, ella abarca: la pensión no universal (Programa 65 y más) (Leal, 2014f), las Estancias Infantiles (Leal, 2014g), el Seguro para Jefas de Familia (Leal, 2014h) y la ampliación de los catálogos racionantes de la componente Salud del Programa Prospera.

La Secretaría Mercedes Juan precisó que de los 7.4 millones de mexicanos que están incluidos en la *Cruzada Nacional contra el Hambre*, alrededor de la mitad no cuenta con Seguro Popular, por lo que se buscará su incorporación a ese sistema. Con la universalidad de los servicios de salud se debe lograr que “en el futuro, si se hacen los cambios legislativos que nos proponemos, el usuario pueda elegir dónde atenderse”. Agregó que la *Cruzada* está dirigida a 7.4 millones de personas; de ellas, “hay 3.8 millones de mexicanos que no están afiliados al Seguro Popular”.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> *La Jornada*, 5 de diciembre, 2014.

<sup>15</sup> *La Jornada*, 8 de mayo, 2013.

## Discusión

La “universalidad” Mercedes Juan-Peña Nieto ha estado sujeta a diferentes interpretaciones. Es un hecho que el trabajo interpretativo serio y de impacto social consiste en organizar y sistematizar cada uno de los diferentes momentos de la propuesta, con atingencia, alta profesionalidad y la debida comunicación para amplias audiencias más que familiarizadas con los grandes pendientes de la política, pero no con el rebuscado lenguaje que reviste el mensaje reformista gubernamental. Este ejercicio debe revisar, en cada caso y una por una, las repercusiones, consecuencias y *alternativas* que abren los diferentes momentos que han estructurado la propuesta. Caso contrario se dispara con mosquetón o rifles de perdigón; es decir, con escasa puntería.

Hasta ahora, dicho trabajo interpretativo no ha sido del todo exitoso, la falta de profesionalidad interpretativa frente a la propuesta ha provocado la existencia de generalizaciones fuera de ella y, peor aún, que se proceda alegremente al trabajo laborioso pero no lo suficientemente profundo de comparar lo que no es comparable.

Un ejemplo de lo anterior es la comparación que se ha realizado con otros países de América Latina para sólo extraer de ese “análisis” conclusiones generales.<sup>16</sup> Dichas conclusiones no son necesariamente viables para la contra-operación política que muestra, requiere y demanda el estado maduro del debate sobre el asunto público en México.

Otro ejemplo de lo previo es el “análisis” que concluye que la entera propuesta reformista ya “estaba anticipada”. Ello es falso. Si la propuesta ya se encontraba anticipada, entonces es posible preguntarse sobre la calidad de dicha propuesta. ¿Acaso las reformas del sexenio de Ernesto Zedillo son iguales a las de Enrique Peña Nieto?

Otra cómoda salida o interpretación es la de una pretensión a enfrentar la organicidad de la propuesta reformista gubernamental por medio de alternativas que se contentan con continuar adhiriendo determinantes sociales, llamando al fortalecimiento de la Atención Primaria “en el primer nivel” para culminar clamando por una “universalidad” al “alza”, como la que, según ellos, hoy priva en el IMSS (Muñoz, 2012).

La “universalidad” del IMSS, como se desarrollará a continuación, es hoy el *problema* por debatir. Exactamente lo que Peña eludió. Tal y como se encuentra hoy día esa noble institución, sólo un gran desconocimiento de su comprometida situación puede, sin los debidos matices y aclaraciones, situarlo como una referencia y punto de partida. Hay muchos casos que

<sup>16</sup> Señaladamente los casos de Chile y Colombia.

dan cuenta de lo previamente mencionado tal y como son algunos de los trabajos elaborados por diferentes instituciones (Muñoz, 2012): una suma de comodidades cuyo propósito final era intentar salvar a toda costa algo del caos manufacturado por Santiago Levy en el remoto año del 2008.

En adición, existen algunas otras participaciones que se limitan en el debate sólo a recrear visiones civiles de un único actor como, por ejemplo, las que creen conocer desde la no muy vasta producción de cierta academia pura y sin aportar nada propio (Doyle, 2008).

Otras que intentan criticar únicamente al Poder Legislativo, predicando el sinfín de incumplimientos presupuestales del Seguro Popular, sin ocuparse suficientemente de las fallas estructurales de su diseño y que determinan este mismo comportamiento presupuestal (FUNDAR, 2008; Flamand y Moreno, 2014).

Por su *autorestringida* vocación de cierta academia y su manufactura desde el gabinete (escritorio), desvinculados del acontecer de carne y hueso en la arena de la política pública, aun por sobre sus credenciales y trabajo indiscutible, estos procederes interpretativos son insuficientes para alcanzar, inyectar inteligencia estratégica y, sobre todo, simultáneamente *aprender* de la madurez del debate nacional en curso.

Si algo comparten con la propuesta gubernamental, ese algo es su vocación *cupular*; no parten de lo que anima el músculo de la arena de la política pública, ni de las necesidades reales de sus múltiples actores, manifiestamente los equipos responsables del proceso de la atención: médicos, enfermeras, profesiones afines, aunque aquí se trata de *todos* los actores. Antes bien, parten de su *previo diagnóstico* de gabinete (escritorio), creyendo que en él ya está suficientemente claro el contenido, destino y curso de esa política, cuando en verdad en muchos casos *casi* se lo desconoce.

Así, la agenda “alternativa” de los intérpretes corre el riesgo de ser *tan externa* como la de FUNSALUD. Ninguna propuesta de política pública puede escapar a la sombra que irradian los problemas que transportan *todos* los actores que la animan. Intentar escapar, desde el gabinete (escritorio) a la *realidad* que mueve al sector, es una tentación peligrosa. Se abren oportunidades cuando en vez de *dictar una realidad virtual*, se opta por *comprender*, junto y desde los actores, el precipicio en que encuentra la salud y la seguridad social. Y desde ahí viabilizar alternativas.

## Problematizando alternativas

Para enriquecer sus abordajes, por supuesto, *problematizándolos*, los intérpretes podrían considerar el siguiente grupo de opciones *viables hoy*.

### a) ¿Y la prestación?

Llama la atención que en la cadena que estructura el financiamiento de los sistemas de salud, recaudación, mancomunamiento y prestación de servicios, suelen privilegiar la crítica de los dos primeros factores. Lamentablemente, tal y como sucede con la propuesta Peña-Mercedes Juan, el factor *prestashop* es el menos atendido. Ello confirma el alejamiento de los reclamos ciudadanos más sentidos y robustos: ¡mejorar servicios ya!; actualización del catálogo de prestaciones (titularidades) a la altura de la ciudadanía del siglo XXI;<sup>17</sup> suficiencia de personal sanitario capacitado y motivado, así como de los medios para brindar la atención (tal y como declara el más reciente concepto de la OMS (2012) sobre la “cobertura sanitaria universal”) y, finalmente, operación *integral* de la Atención Primaria.

### b) Demandas más sentidas y atención primaria a la salud

Estas dos últimas son, por cierto, las demandas más requeridas por los equipos de salud como encargados directos del servicio. En el caso de la Atención Primaria, el reclamo de los profesionales de la salud está *directa* y estrechamente vinculado con la carga laboral: la operación *integral* de la atención primaria “nos desinfla la demanda”, pero adecuadamente instrumentada contribuye a la resolutividad y efectividad, entre otras (Calderón, 2009).

Respecto a la operación *integral* de la Atención Primaria, llama igualmente la atención que las alternativas de los intérpretes la confisquen exclusivamente al primer nivel de atención (Muñoz, 2012; Fundación Colosio, 2014), lo cual obligadamente desatiende el horizonte nosológico del entero ciclo de vida (Calderón, 2009; Lock, 2002).

Esa Atención Primaria no puede ser “básica”, como pretende la OIT neoliberal (para América Latina y el Caribe, Tinoco, 2012), con sus iniciativas de

<sup>17</sup> La potencia de este claro reclamo ciudadano se vislumbra en el sinnúmero de exigencias levantadas por infinidad de colegios de profesionales, ONG's y organizaciones civiles, entre muchos otros, para que los catálogos racionados del Seguro Popular (CAUSES y FPCGC) incorporen a su listado todo tipo de intervenciones y padecimientos que ahora excluye. Recientemente la senadora perredista Lorena Cuéllar, presidenta de la Comisión de Desarrollo Social, comunicó que los integrantes de la Comisión “han sostenido encuentros con diversas organizaciones de médicos y especialistas en las que han reconocido la necesidad de corregir errores en la distribución del presupuesto, ya que ello impide que se cumplan los propósitos de programas como el Seguro Popular” (*La Jornada*, 3 de enero, 2015).

“pisos” básicos de protección social. Ellos son, más bien, “sótanos” básicos (Leal-Sánchez Pérez, 2014b).

Por contraste, la demanda por un diseño de la prestación que integre en todos los niveles esa intervención primaria escalonada (en la visión Leavell-Clark, 1958), constituye *la principal demanda* entre los equipos de salud responsables de la prestación, después del de la suficiencia.<sup>18</sup>

### c) *Redes integradas con eje clínico*

El más reciente concepto de la OMS sobre la “cobertura sanitaria universal” no deja de despertar interrogantes. La directora general Margaret Chan sostiene que:

<sup>18</sup> “**Los médicos y la promoción y prevención (PPS). Práctica cotidiana de la PPS.** **Relación médico-paciente.** La práctica de las actividades de promoción y prevención (PPS) se vincula al tipo de *relación singular entre médicos y pacientes* que tiene lugar en el trabajo cotidiano en Atención Primaria de Salud (APS). Se trata de una relación *iniciada por lo general por estos últimos* y motivada por una *pluralidad de problemas*, entre los que la promoción de hábitos saludables no se presenta como prioritaria. En este contexto, el *conocimiento individual* derivado de una *atención continuada*, la necesidad de contar con *tiempos específicos para cada tipo de actividad*, o la conveniencia de la *oportunidad* en cuanto al momento y circunstancias, constituyen factores a los que se les concede especial importancia”.

**Práctica cotidiana de la PPS. Factores extra-sanitarios.** Ante los numerosos problemas de salud planteados por los pacientes, las intervenciones en PPS se perciben especialmente laboriosas en cuanto que no pueden reducirse a la prescripción de una “receta” más; y por otra parte, su efectividad resulta incierta, ya que se entienden como hábitos condicionados por factores externos al propio profesional. La influencia de los *factores extra-sanitarios* se considera creciente y vinculada a cambios en los contextos socio-culturales que, a su vez, intervienen modificando el perfil de la demanda. En consecuencia, se reivindica, por un lado, el *reconocimiento del trabajo invertido* en PPS, y por el otro, se reclaman *cambios externos* que den coherencia a los mensajes emitidos y favorezcan una labor percibida antes como *contra corriente*. En este sentido, se advierte la necesidad de *readecuación de expectativas y metas*, asumiéndose el carácter parcial de las intervenciones en PPS desde la APS, lo cual redundaría en una menor frustración y en una mejor correspondencia entre esfuerzos y objetivos. Por otro lado, el acento se pone en algunos casos en la *selección de aquellas actividades factibles y de efectividad probada*, mientras que en otros se parte de considerar las actividades de PPS como *intrínsecas a la propia APS* y por tanto en cierta medida incuestionables.

**Práctica cotidiana de la PPS. Contexto sanitario de la APS.** El contexto sanitario adquiere un *protagonismo predominante* en las valoraciones de los médicos. Las referencias al *exceso de demanda* y a la *carencia de tiempo* son numerosas, como también lo son las que subrayan las diferencias en relación con cada *tipo de actividad* y a la *difícil evaluación de su efectividad*. El peso mayor de las valoraciones respecto del marco sanitario se sitúa principalmente en el *soporte informático* vigente y sus repercusiones en la evaluación de los profesionales. El sentido de las mismas es predominantemente *crítico*. En algún caso se reconoce su utilidad como recordatorio, pero en general se percibe como un recurso que puede llegar a desvirtuar el contenido de las propias actividades de PPS, al considerarse el *registro como un fin* en lugar de como un medio por parte de la gestión” (Calderón, 2009, p. 58, cursivas en el original).

A mi modo de ver, la cobertura sanitaria universal es el concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer. La cobertura universal atañe a todos. Permite unificar los servicios y prestarlos de manera integral e integrada sobre la base de la atención primaria de salud (OMS, 2012).

La mejor manera de desplegar la Atención Primaria Integral es incorporándola a lo que hoy día resume el más completo modelo de prestación: el de los servicios *integrados* o las así llamadas RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud, en el lenguaje de la Representación OPS-OMS Chile (2011).<sup>19</sup> En ellas se despliega ordenadamente el ciclo de vida asumiendo los desafíos de la dinámica demográfica *con y desde un eje clínico*.

Operar la Atención Primaria en este modelo es, efectivamente, el reto. Tal y como lo desarrolla la experiencia del Gobierno Vasco (2010) y el Servicio Nacional de Salud de Reino Unido (NHS) (*The Economist*, 2014, 2015, 2015b). Por el contrario, el modelo de “sociedad participativa” que ya promueve y opera el gobierno de Holanda (*El País*, 2015) constituye una severa amenaza al contenido clásico del Estado de Bienestar.

Muy poco o nada de ello se aprecia en la cómoda y hueca invocación al fortalecimiento de la Atención Primaria “en el primer nivel”, aunque siempre resulta conveniente precisar el reto de gran envergadura que su cabal operación conlleva.<sup>20</sup>

<sup>19</sup> “La OPS define a las RISS como una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (p. 24).

<sup>20</sup> **“Los individuos-pacientes. La PPS.** Desde la perspectiva de los pacientes, los factores y las actividades relacionadas con los hábitos no saludables y saludables, se sitúan en un campo muy amplio que sobrepasa el referente parcial de la APS. Los participantes son conscientes de la influencia de elementos que operan en un nivel *macro-social*, como las leyes, las modas, costumbres y pautas de comportamiento relacionadas con las peculiaridades socio-culturales de cada época y de cada generación. El efecto de dichos factores no es unidireccional, sino que paradójicamente puede ocasionar reacciones de rechazo que vendrían a reforzar los propios argumentos para resistirse al cambio. En dicho marco socio-cultural, el nivel *micro-social* configurado por las redes de amigos, familia, trabajo, aficiones y también roles de género, adquiere especial interés. *El ámbito de lo sanitario* se reconoce también como importante, pero en este caso, la motivación por el cambio no parece sustentarse tanto en el enfoque positivo de promoción de la salud, como en el *temor a la enfermedad y a la muerte* vivido como algo más cercano y concreto. Por dicha razón llama la atención el papel determinante que en algunos casos juega el *médico especialista* o las experiencias vinculadas a *amigos o familiares*. El *ejemplo de lo cercano* también puede cobrar importancia al respecto, pues en todos los casos llama la atención la presencia de una *constatación del “yo”* donde cobra especial importancia la *autopercepción* tanto de la necesidad de cambio como de los efectos de los resultados (en ocasiones contradictorios) desde las propias coordenadas de *conocimientos, creencias y valores*.

d) *¿Y el sector privado?*

¿Qué y cómo el sector privado podría integrarse *adecuadamente regulado* a la prestación? ¿Bajo qué modalidades de colaboración? ¿Es anatema? No se registra un solo apunte sobre esta línea fuga de la política pública, que permea el debate mundial (*The Economist*, 2015a). Ahora, sobre todo, en el cuadro de la propagación de los servicios integrados, ¿qué y cómo de la oferta privada cabe en un proyecto efectivo de universalidad (Santamaría, 2012)?

La ausencia de reflexión, diseminación y debate estructural sobre el subtema, exhibe una agenda casi clandestina. Y revela que tanto las primeras propuestas de FUNSALUD (2013), como las del Centro Estudios Espinosa Yglesias (2013) y finalmente las del Sector Asegurador (Presidencia de la República, 2013),<sup>21</sup> han sido incapaces, hasta el momento, de ponerlo sobre la mesa, permear a la opinión pública otros intereses en la arena de la política pública y, sobre todo, a la ciudadanía. Tampoco hay pronunciamiento de partido político alguno.

e) *¿Y las Tecnologías de la Información y Comunicación?*

¿Qué nuevas *tecnologías* para qué procesos? ¡Otro gran faltante! El completo tema de las Tecnologías de Información y Comunicación en el sector salud (TIC's) brilla por su ausencia. Casi como si no existieran las soluciones informáticas en el ámbito de manejo de datos, interoperabilidad y comunicaciones; el expediente clínico electrónico; las agendas en línea; telemedicina; utilización de dispositivos móviles para mantener contacto entre los centros de atención y los usuarios, entre otros. Todos estos recursos pueden representar apoyos reales *cuando* se los integra correctamente, es decir, desde las personas, a los procesos de atención (Leal-Vélez, 2015). Ellas facilitan los procesos que están previamente *bien diseñados*, pero *no integran* mágicamente, sin un

---

**Los pacientes. El médico de familia-APS-la PPS.** El referente del médico de familia está presente en el entramado de factores relacionados con el cambio de hábitos, pero en una posición particular. Al médico se le reconoce la función y la *autoridad moral* para aconsejar, pero como *complementaria* respecto de lo que se espera de él como proveedor de atención sanitaria. La mayor *cercanía y confianza* percibida le sitúa en una posición ventajosa en las labores de promoción, pero a su vez se espera una mayor comprensión cuando el paciente continúa sin modificar sus hábitos y también se reclaman determinadas condiciones en cuanto al *contenido, la forma y la oportunidad* de la información. En relación con las *circunstancias* en las cuales los médicos de APS desarrollan su trabajo, los pacientes confirman la importancia del contexto: *muchas demandas, poco tiempo y diversidad de tareas*, que difícilmente resulta compatible con la dedicación que requeriría la labor de promoción. *A los profesionales de enfermería* se les identifica, asimismo, como agentes en este campo, aunque se advierte una notable variedad de situaciones, así como una falta de claridad respecto a sus funciones" (Calderón, 2009, p. 58, *subrayados* en el original).

<sup>21</sup> Especialmente las de Fernando Solís Soberón desde el GFBANORTE.

adecuado modelo clínico de atención como su soporte original.<sup>22</sup> Además, para los equipos de salud y en términos de la operación integral de la Atención Primaria, su integración constituye un severo desafío.<sup>23</sup>

f) *¿Y el humanismo en la prestación?*

Frente al proyecto FUNSALUD cabe preguntar: ¿operan los sistemas sanitarios con la fría exactitud de los relojes suizos? ¿Tienen alma? ¿Quién los mueve? ¿Autómatas? Resulta alarmante la ausencia redonda de aquello que *los hace posible* en su misión *humana*. Tanto en proponentes como en intérpretes, el énfasis en el financiamiento no abre aún espacio para prospectivas que fortalezcan el demandado *humanismo*, también, *integral* a lo largo de toda la cadena horizontal del servicio integrado. No sorprende que frente a este ominoso silencio, apenas se escuchen aisladas notas ecuménicas<sup>24</sup> (Juan Pablo II, 1985; Benedicto XVI, 2009).

g) *Frente operativo y administradores del servicio*

Sebastián Lerdo de Tejada, director del ISSSTE, reconoció que la dilación en la prestación de servicios, principalmente en las operaciones quirúrgicas, es una queja recurrente de los derechohabientes, la cual ha existido durante años y no se ha resuelto por falta de planeación y de organización administrativa interna. No existe justificación y es inhumano que el médico le diga a un paciente que requiere una cirugía, pero que se la realizará en los siguientes cuatro o cinco meses. Si en la clínica que le toca al derechohabiente no se puede, hay mil 300 unidades médicas en el país. Se puede trasladar a cualquiera para que el procedimiento se realice en un plazo máximo de 15 días. En caso de incumplimiento se fincarán responsabilidades y las sanciones que correspondan. Habrá consecuencias internas si hay quejas de los derechohabientes.<sup>25</sup>

<sup>22</sup> Un caso prototípico de cómo *no* se deben integrar clínicamente las TIC's, es el del Expediente Clínico Electrónico en el Gobierno del Distrito Federal encabezado por Miguel Ángel Mancera y diseñado por su secretario de Salud, Armando Ahued (Leal, 2014j).

<sup>23</sup> “El peso mayor de las valoraciones respecto al marco sanitario se sitúa principalmente en el *soporte informático* vigente y sus repercusiones en la evaluación de los profesionales. El sentido de las mismas es predominantemente *crítico*. En algún caso se reconoce su utilidad como recordatorio, pero en general se percibe como un recurso que puede llegar a desvirtuar el contenido de las propias actividades de promoción y prevención al considerarse *el registro como un fin* en lugar de cómo un medio por parte de la gestión” (Calderón, 2009, p. 58, cursivas en el original).

<sup>24</sup> “No se puede ‘dar’ al otro de lo mío sin haberle dado en primer lugar lo que en justicia le corresponde”. Carta Encíclica Vaticana *Caridad en la verdad* (Benedicto XVI, 2009).

<sup>25</sup> *La Jornada*, 5 de diciembre, 2014.

Finalmente, en proponentes e intérpretes falta la tematización de un algo sin cuya presencia es prácticamente imposible explicar, comprender y, sobre todo, superar la situación de penuria que priva en los servicios de salud. Ese algo es la pérdida de poder absoluto –en el ciclo 1982-2014– del *frente operativo* ante el imperio de la así llamada “administración”.

Ella está constituida por la alta administración del IMSS-ISSSTE-SSA responsable de la normatividad y del flujo de recursos a la operación. Por supuesto, no hay que confundirla con los directivos de la operación que se encuentran al frente de las unidades hospitalarias y que, al igual que los equipos de salud que engrosan el frente operativo, padecen las mismas carencias.

La fuerza de esta casta decisoria es directamente proporcional a su capacidad para administrar la *no prestación* de servicios en la esfera pública y el encuadre de precios sombra en el sector privado, a pesar del sensible incremento en la demanda.

Una versión consumada de la incapacidad gubernamental que consagra –en detrimento de pacientes y equipos de salud– la realidad laboral de ese *frente operativo*, es la lectura “estratégica” de la SSA (García-Saisó, 2015).

En la derrota del frente operativo pesa también la renuencia cómplice de las dirigencias (que no de los trabajadores) de los tres grandes sindicatos nacionales de la salud para modernizar sus propuestas sindicales: SNTSS-SNTISSSTE-SNTSSA (Leal, 2014k; 2006; 2006<sup>a</sup>; 2006b; 2007). Con un ostensible y ya muy costoso retraso gestor, todas esas dirigencias están hoy día incapacitadas para cohesionar (junto y de la mano de sus “representados”) un diálogo que impida asociar *cualquier ajuste* con una demanda de más pago.

Estas renuencias del “dirigente” se traducen en un alto costo de atención para los pacientes, usuarios de la red sanitaria y los equipos de salud, toda vez que esa renuencia alcanza lo no actualización de los *profesiogramas* de una materia de trabajo correspondiente a una realidad laboral dinámica que, como “dirigentes”, los rebasa por minuto.

No es casual que la última modalidad de esta complicidad de las dirigencias con la *no prestación* de servicios coincida con su sumisión al proyecto de reforma Peña-Mercedes Juan.<sup>26</sup> Paradójicamente, por su parte, los

<sup>26</sup> Despues de que en enero de 2014 Manuel Vallejo signara la adhesión del SNTSS a la Confederación Nacional de Organizaciones Populares (CNOP), el 6 de marzo, ese sindicato y la CNOP del PRI firmaron un Convenio de Colaboración y un Plan de Acción en el que se acuerda que “con el objetivo de impulsar la seguridad social y concretar su universalización en todo el país, los dirigentes nacionales, Cristina Díaz Salazar y Manuel Vallejo Barragán, contemplan el establecimiento de vínculos permanentes y constantes con los legisladores representantes de la CNOP, para el procesamiento de iniciativas de ley y de reformas legislativas que perfeccionen el marco jurídico en la materia, que beneficien a los trabajadores y a sus familias, así como oponerse a la aprobación de aquellas que lesionen sus derechos.

entusiastas propulsores de la reforma no los respetan y, desde su olimpo tecnocrático virtual, apenas les otorgan, a regañadientes, la identidad de posibles “resistencias” al cambio que “urge” en el sector.<sup>27</sup>

También es cierto que, recientemente, se escucha cada vez con más fuerza la demanda levantada por los equipos de salud responsables del *frente operativo*, por una mayor participación en el debate sanitario de los diferentes Colegios de las ramas médicas y de enfermería, junto con especialistas en el diseño de políticas públicas. Ello confirma que las profesiones sanitarias tienden a sentirse mejor representadas en el ámbito de esos Colegios y agrupaciones de especialistas, más que en sus respectivas organizaciones sindicales. Ello indica que las “dirigencias” sindicales se encuentran virtualmente desvinculadas de la defensa de la materia de trabajo de “sus” equipos de salud, estructuralmente alejados de los liderazgos naturales que surgen de la operación y muy lejos de ser parte de soluciones viables. Por su parte, en los Colegios y agrupaciones de especialistas en la temática, palpita una masa crítica de estudiosos con amplio reconocimiento técnico y dilatada experiencia laboral en la operación de los servicios públicos y privados. No puede sorprender, entonces, que el alineamiento de las demandas de los equipos de salud con Colegios y agrupaciones de especialistas al margen de las “dirigencias” sindicales, anuncie una nueva forma de presencia de los

Cristina Díaz señaló que los priístas están en la tarea trazada por el gobierno del Presidente Enrique Peña; una de ellas, alcanzar la universalidad de la seguridad social, por lo que la CNOP y el sindicato que agrupa a los trabajadores del Seguro Social han decidido sumar esfuerzos” (*La Jornada*, 6 de marzo, 2014). El 10 de octubre 2014, Vallejo manifestó que es “tiempo de adentrarse a ser parte protagónica de la nueva política de seguridad social que está desarrollando el Gobierno Federal. Llamo a la unidad a las 37 Secciones Sindicales que conforman al SNTSS. La base trabajadora del Seguro Social será parte fundamental para operar los nuevos mecanismos que amplían la cobertura en materia de seguridad social en el país y que entrarán en vigor a partir de 2015: Pensión Universal y Seguro de Desempleo. Además, en el corto plazo, se presentará la iniciativa de reforma al sector salud, donde los trabajadores del Seguro Social serán protagonistas. Demando atender los rezagos en materia de infraestructura y de personal que sufre el Instituto si se quiere que la implementación de estos mecanismos sean un éxito” (*La Jornada*, 10 de octubre, 2014).

<sup>27</sup> Avalado por el exdirector Karam, en reunión del Consejo Técnico del IMSS realizada en agosto 2010, Eduardo González Pier –actual subsecretario de Integración y Desarrollo (SSA) y entonces responsable de la Dirección de Finanzas del IMSS– manifestó que “hay una muy alta probabilidad de que el Instituto no tenga para pagar sus nóminas a finales de 2012 o principios de 2013”. Y a continuación puso sobre la mesa la liquidación de 319 mil trabajadores y su recontratación para ahorrar pensiones, así como la depuración de la nómina activa y de jubilados para disminuir su costo. González Pier añadió: “no omito recordar que la opción más drástica, aunque muy difícil, es liquidar a los 319 mil trabajadores, cláusula 56, que es la que da 150 días más 50 por año. Cuesta 152 mil millones de pesos”. Y precisó: por ejemplo, las “viudas que ya no son viudas o huérfanos que ya tienen más de 25 años”. Es absurdo que se retiren “cirujanos de 55 años de edad”.

equipos de salud en la defensa de sus derechos laborales sin considerar las prioridades institucionales (reforma Peña-Mercedes Juan), personales y partidarias de las actuales “dirigencias” sindicales y cuya nota característica es la cerrazón frente a las demandas de sus “representados”.

## 7.- Final. Un ¡sí! y dos ¡no! En la mesa: todos los actores

### *Por una universalidad efectiva e integral para las mayorías*

En el marco de una clase política que no utiliza la red pública y que, a todas luces, personalmente le significa muy poco, la demanda por la universalidad no puede ser soslayada: sí a la universalidad efectiva e integral! para las mayorías que hacen uso de ella como única opción.

El gran tema central de la agenda es, entonces, ¿qué universalidad? Pero ella no se puede redefinir sin *todos* los actores. Ese es el futuro inmediato *viable* y *deseable* para alcanzarla como agenda ciudadana: atendiendo la honda demanda de mejorar servicios ya! (con los recursos disponibles), actualizando y ampliando el catálogo de prestaciones (titularidades) a la altura de la ciudadanía del siglo XX (en consonancia con el perfil de morbimortalidad), cumpliendo con los parámetros de suficiencia y con servicios integrados que articulen atención primaria integral con eje clínico resolutivo.

No! a la “universalidad” de paquetes básicos del Seguro Popular y de la OIT neoliberal (para América Latina y el Caribe) con sus “pisos” de protección social mínima.

No! a la reforma laboral (noviembre, 2012), que sacrificando a los jóvenes, pretende sustituir la seguridad social *integral* por protección social *mínima*. Sirviéndose para ello de un paradigma de “modernidad” que ofrece tras un largo rodeo (reformas-atracción de inversión, gracias a los costos salariales extraordinariamente bajos y la deshonra ambiental), en el largo plazo, generar empleos de 4 mil pesos mensuales dotados de esa protección social *mínima*. 4 mil pesos mensuales vía contratos por hora y terciarizados (*outsourcing*). Los “pisos” básicos de la OIT neoliberal!

A esa apuesta de “modernidad” excluyente corresponden los nuevos “derechos” sociales degradados: pensión No universal, falso seguro de desempleo tampoco universal, así como la compactación a la baja del “derecho” a la salud, publicitado por Peña Nieto y Mercedes Juan como respeto a unas “garantías explícitas” (artículo 4 constitucional) ciudadanas reducidas a meros paquetes básicos.

### Con todos

Frente a este proyecto de “modernidad” para los menos, podría finalmente ser también de utilidad considerar que es preciso servirse de un cuadro amplio y actualizado de *todos* los actores de la arena, para así poder proyectar *sus acuerdos y diferencias* con vistas a levantar un programa común en pro de una universalidad efectiva e integral para las mayorías (Fundación Colosio, 2014).

Por ejemplo, las *oportunidades* y tiempos de *acción* política (de cara al proyecto de “modernización” excluyente del peñismo), que representan *soymédico17* junto con las de la *Asamblea Intergremial de Enfermeras, Trabajadores Sociales y Terapistas Rehabilitadores Físicos*, describen dos tipos de estrategias diferentes, con impactos diferentes, sobre los parámetros de suficiencia de personal sanitario capacitado y motivado, así como de los medios para brindar la atención de la “cobertura sanitaria universal”-OMS.

En el primer caso, la movilización del 22 de junio 2014 culminó en la edificación de una suerte de “Senado médico” (dos representantes por Estado), cuya agenda ha actualizado los temas la relación médico-paciente; criminalización de la práctica; abasto, infraestructura; seguridad a pasantes, internos y residentes; justa remuneración y disminución de jornadas laborales de médicos en instituciones públicas; construcción de más hospitales públicos de Segundo y Tercer Nivel, además de construir corredores para dialogar con los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial (Leal, 2015).<sup>28</sup>

Por su parte, el Pliego de Demandas de la *Asamblea Intergremial de Enfermeras, Trabajadores Sociales y Terapistas Rehabilitadores Físicos* opera sobre la universalidad de la profesionalización; catálogos de puestos, funciones, grados académicos y sus profesiogramas; planes, programas formativos (NOM-019-SSA3-2013) y creación de plazas; calidad del Sistema Nacional de Salud y condiciones laborales precarizantes (Leal, 2015).<sup>29</sup>

Sin este cuadro, que resulta de un ir y venir a la *realidad* de los actores, ordenando desde ahí sus agendas y pesos específicos en la arena, será difícil superar la naturaleza cupular, académica-autoreferencial, de las propuestas que se quieren concebir como alternativas y, sobre todo, sus diseños de gabinete (escritorio) para conformar opciones ciudadanas.

En ese cuadro amplio y actualizado de todos los actores, necesariamente aparecen de –cuerpo entero– tanto aquellos intereses (legítimos) que anatemizan en principio cualquier colaboración inter-actores, como aquellos otros que asumen su colaboración en la política pública como un *abuso* sobre los intereses (legítimos) de los otros actores. El cuadro ubica a los extremos *irreductibles*.

<sup>28</sup> *Pliego Petitorio*, 8 de octubre 2014 y *Comunicado Oficial No. 24*, 6 de diciembre, 2014.

<sup>29</sup> *Pliego de Demandas de la AIGETT ante la Secretaría de Salud Federal*, 10 de diciembre, 2014.

Esta labor, que no es sólo con algunos sino *con todos*, dotada de un mecanismo de comunicación para la colecta de la información abajo-arriba-abajo, foros públicos permanentes y la documentación del caso, está hasta ahora pobremente explorada en el debate público mexicano (Ramírez de la O, 2009), incluyendo el gran tema de la salud y la seguridad social.

## Bibliografía

- Benedicto XVI (2009), *Carta Encíclica Vaticana Caridad en la verdad*, Roma, La Santa Sede.
- Cabrero M., E. (2008), “La trampa del federalismo fiscal”, *Nexos*, noviembre.
- Calderón C, Balaguer; L, A. Sánchez, G. Grandes, J.M. Cortada (2009), “Médicos y pacientes ante la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria”, *Rev Fac. Nac Salud Pública*, vol. 27, núm. 1, Colombia, enero-abril, pp. 56-60,
- Centro Estudios Espinosa Yglesias (2013), *El México de 2013. Propuestas para transformar el Sistema Nacional de Salud*, México, D.F.
- Diario Oficial de la Federación (2014), *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de los Títulos Tercero Bis y Décimo Octavo de la Ley General de Salud*, 4 de junio, México, D.F.
- Diario Oficial de la Federación (2014a), *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud*, 17 de diciembre, México, D.F.
- Doyle, C. (2008), “Organizaciones de la sociedad civil e iniciativas de salud global: problemas de su legitimidad”, *Este país*, México, diciembre.
- El País (2015), “Holanda recorta servicios sociales y los transfiere a los municipios”, 1 de febrero.
- Flamand y Moreno (2014), *Seguro popular y federalismo en México*, México, CIDE, D.F.
- Fundación Colosio (2014), *Estudio sobre las reformas a los sistemas de salud para alcanzar la cobertura universal*, México, D.F.
- FUNDAR (2008), “Insuficiente infraestructura para servicios de salud sostiene desigualdad”, *Boletín de Prensa* no. 93, 10 de noviembre.
- FUNSAUD (2013), “Universalidad de los servicios de salud en México”, *Salud Pública de México*, vol. 55, editora invitada Mercedes Juan López, México.
- Juan Pablo II (1985), *Agentes sanitarios. Pastoral de la Salud*, con el Motu Proprio “Delentium hominum”, Roma, La Santa Sede.

- García-Saisó, S. y cols. (2015), “Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud”, *Salud Pública de México*, vol. 57, núm. 2, México, marzo-abril.
- Gobierno Vasco (2010), *Estrategia para enfrentar el reto de la cronicidad en Euskadi*, junio.
- IMSS (2014), *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013-2014*, México.
- Leal, F. Gustavo (2015), “Medicina y enfermería: dos pliegos para mejorar la salud”, *La Jornada*, 17 de enero, México.
- Leal, F. Gustavo (2015a), “Manufacturando un ‘consenso’ mediático. La seguridad social ‘universal’ de Peña Nieto-Levy”, *Estudios Políticos*, núm. 34, México, UNAM-FCPS-CEP, enero-abril, pp. 65-92.
- Leal, F. Gustavo y Héctor Javier Sánchez Pérez (2015b), *La seguridad social “universal” de Peña Nieto no es la reforma que el país necesita. Imponiendo un consenso*, México.
- Leal, F. Gustavo y Héctor Javier Sánchez Pérez (2015c), *Seguridad social “universal”. 2013: Plan Nacional de Desarrollo y Sector Asegurador*, México, UAM-X y El Colegio de la Frontera Sur.
- Leal, F. Gustavo y Héctor Javier Sánchez Pérez (2015d), *Seguridad social “universal”. Pensión “universal”*, Sedesol e IMSS. Propuesta, debate y aprobación 2013-2014, México, UAM-X y Senado de la República, en prensa.
- Leal, F. Gustavo y Héctor Javier Sánchez Pérez (2015e), *Seguridad social “universal”. Seguro de desempleo y reforma laboral. Propuesta, debate y aprobación 2013-2014*, México UAM-X y Senado de la República, en prensa.
- Leal, F. Gustavo y A. Vélez (2015f), *Documento Ciudadano. Tecnologías de Información y Comunicación en el Sector Salud*, México, en prensa.
- Leal, F. Gustavo (2014), *Seguridad social “universal” y elección 2012*, México, UAM-X-Asamblea de Trabajadores Democráticos del IMSS-Consulta Médica-Imagen Médica.
- Leal, F. Gustavo (2014a), *Seguridad social “universal”. 2012-13. Pasos iniciales: 65 y más. Seguro para madres*, México, UAM-X-Consulta Médica-Imagen Médica.
- Leal, F. Gustavo, Héctor Javier Sánchez Pérez (2014b), *Seguridad social “universal”. “Pisos” básicos de protección 2013*, México, UAM-X-El Colegio de la Frontera Sur.
- Leal, F. Gustavo (2014f), “¿‘Universalidad’ en pensión ‘seguro’ de desempleo?”, *La Jornada*, México, 30 de agosto.
- Leal, F. Gustavo (2014g), “Desarrollo sicomotor en guarderías y estancias”, *La Jornada*, México, 2 de agosto.

- Leal, F. Gustavo (2014h), “Seguro de vida para jefas de familia”, *La Jornada*, México, 19 de julio.
- Leal, F. Gustavo (2014j), GDF, “Universalidad” sanitaria digital en 2015?, *La Jornada*, México, 18 de enero.
- Leal, F. Gustavo (2014k), *El “liderazgo” sindical de Valdemar Gutiérrez Fragoso*, México, UAM-X-Asamblea de Trabajadores Democráticos del IMSS-Consulta Médica-Imagen Médica.
- Leal, F. Gustavo (2013), *La Seguridad social “universal” de Peña Nieto y su gabinete*, México, UAM-X-Asamblea de Trabajadores Democráticos del IMSS-Consulta Médica-Imagen Médica.
- Leal, F. Gustavo (2007), *SNTSSA: cinco estampas sobre un sindicato de la salud*, Reporte de Investigación 115, México, UAM-X, DCBS.
- Leal, F. Gustavo (2006), *IMSS: la caída de Levy y el madruguetazo de la dirigencia sindical*, Reporte de Investigación 110, México, UAM-X, DCBS.
- Leal, F. Gustavo (2006a), *Seguridad social en México. Agenda para la modernización de las propuestas sindicales*, Reporte de Investigación 111, México, UAM-X, DCBS.
- Leal, F. Gustavo (2006b), *Los sindicatos de la salud y la seguridad social frente al nuevo gobierno*, Reporte de Investigación 112, México, UAM-X, DCBS.
- Leavell, Clark (1958), *Preventive medicine for the doctor in his Community: an epidemiologic approach*, NY, USA, Mac Graw Hill.
- Levy, S. (2008), “Se subsidia la informalidad”, entrevista de Martha Martínez, *Enfoque*, suplemento dominical del diario *Reforma*, domingo 7 de septiembre, pp. 4-6.
- Lock, C. A y cols. (2002), “A qualitative study of nurses’ attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care”, UK, *Journal of Advanced Nursing*, 39, núm. 4, pp. 333-342.
- Muñoz Hernández, O. (coord.) (2012), *Propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud*, México, Hospital Infantil de México Federico Gómez-CONEVAL.
- OMS (2012), *Sanidad para todos*, Ginebra.
- OPS (2014), El primer día de la cobertura universal de salud urge a la “salud para todos, en todas partes”, 12 de diciembre.
- Presidencia de la República (2013), *Presidente Peña Nieto*, Clausura de la 23 Convención de Aseguradores de México, México, 8 de mayo.
- Presidencia de la República (2015), *Palabras del Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, licenciado Enrique Peña Nieto, durante la Conmemoración del día Mundial de la Salud*, México, 7 de abril.
- Ramírez de la O. R. (2009), “¿Hacia un cambio de modelo económico en México?”, *Le Monde Diplomatique*, número 5, México, enero.

- Representación OPS-OMS Chile (2011), *Redes Integradas de Servicios de Salud: el desafío de los hospitales*, Santiago.
- Santamaría, C. (2012), *La Atención Primaria de Salud como estrategia de combate a la pobreza*, México, Consorcio Hospitalario de Cataluña, noviembre.
- Senado de la República (2014), “Participación de la Secretaría de Salud, Mercedes Juan López, en la Semana de Seguridad Social”, México, 7 de mayo.
- The Economist (2014), *National Health Service. The English reformation*, 22 de noviembre.
- The Economist (2015), *Decentralising health care. Control yourself. Manchester gets a new dollop of autonomy*, 28 de febrero.
- The Economist (2015a), *Will Obamacare cut costs? The growth in America’s health-care spending is slowing*, 7 de marzo.
- The Economist (2015b), *Mental health. Out of the shadows. The stigma of mental illness is fading. But it will take time for sufferers to get the treatment they need*, 25 de abril.
- Tinoco, Elizabeth (2012), “La encrucijada de la seguridad social”, *La Jornada*, México, 19 de octubre.

### **Revistas**

*Este país*

*Estudios Políticos*

*Journal of Advanced Nursing*

*Nexos*

*Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, Colombia

*Salud Pública de México*

*The Economist*

### **Dиarios**

*El País*

*El Universal*

*La Jornada*

*Le Monde Diplomatique*

*Reforma*