

EL SEGURO POPULAR DE SALUD EN MÉXICO: TRAZOS PARA UN ESTUDIO DESDE LA PERSPECTIVA DEL ANÁLISIS CUALITATIVO

Alicia Margarita Tinoco García

Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública
Cuerpo Académico “Organización social y vida cotidiana”

La ponencia que se presenta tiene por objetivo exponer algunos trazos para un estudio, desde la perspectiva del análisis cualitativo, acerca del Seguro Popular de Salud en México; para ello, como parte del trabajo de campo exploratorio, se recuperarán testimonios de experiencias y expectativas de usuarios y solicitantes de afiliación a este tipo de seguro, a quienes les ha sido negada. La finalidad es apuntar la posibilidad de contrastar las expectativas de usuarios y solicitantes no afiliados con la de algunos funcionarios públicos del sector salud de la administración federal y estatal (Jalisco y Tabasco) así como del Gobierno del D.F. y de agencias multilaterales, quienes fueron entrevistados por la Revista Salud Pública de México¹, así como con las campañas de promoción (del seguro popular) que el gobierno de la República ha emprendido a través de los medios masivos de comunicación. Además del sustento teórico, el trabajo recuperará el marco contextual en el que se puso en marcha, así como un esbozo de los antecedentes de la seguridad social en México.

En la ponencia se apuntan los tópicos fundamentales que apuntalarían el estudio, por lo que, se aborda un panorama general de la asistencia social y en particular de la asistencia social de salud en México de 1940 al 2002, enfatizando el parte aguas de principios de la década de los años ochenta cuando se adopta el modelo económico neoliberal; a partir de la década de los años ochenta, en México también se inició la descentralización del sistema de salud con las pretensiones de resolver los problemas de salud, sin embargo, con el avance del modelo neoliberal y el desmantelamiento del Estado de bienestar más que resolverse se agudizaron, junto con otros más, como se ilustra en el texto. En el año 2003 se aprobó la reforma a la ley general de salud, que dio paso al Seguro Popular de Salud. Se recuperan aquí algunas generalidades y se apuntan las vetas para la investigación.

En México el 1 de enero del año 2004 la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (órgano desconcentrado) puso en marcha El Sistema de Protección Social en Salud cuyo programa operativo es el Seguro Popular de Salud, mismo que, según lo programado, cubrirá durante los próximos siete años, (hasta el año 2010) a los 48 millones de mexicanos que hasta el año mencionado no contaban con ningún tipo de protección social de salud (Gómez y Ortiz, 2004).

Después de los datos anteriores es conveniente comenzar a plantear la siguiente interrogante ¿Qué nos dice? El hecho de que en el año 2004 48 millones de mexicanos, que representan casi la mitad de la población total de México no contará con ningún sistema de protección social en salud. Antes de abordar los aspectos del Seguro Popular de salud que aquí interesa rescatar, recupero un panorama general de la seguridad social en salud en México, durante el siglo XX, mismos que ayudarán a reflexionar sobre la interrogante anterior.

¹ Las expectativas que funcionarios públicos del sector salud y de agencias multilaterales exponen acerca del seguro popular en salud, se recuperarán de una serie de entrevistas que Salud Pública de México realizó a algunos de ellos, mismas que publicó en algunos números de la mencionada revista científica. Entre los entrevistados figuran el actual Secretario de Salud de México: Julio Frenk Mora; el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, Juan Antonio Fernández Ortiz; el Secretario de Salud de Tabasco, Jaime Mier y Terán; al Secretario de Salud de Jalisco, Alfonso Petersen Farra; a la Secretaria de Salud del D.F., Asa Cristina Laurell; al Coordinador Nacional del Programa Oportunidades; a un Funcionario del Banco Mundial, Christian Baeza.

Panorama general de la seguridad social en México.

El panorama general de la naturaleza de la seguridad social en México y de manera particular de la seguridad social de salud, no puede ser omitido en un estudio sobre el Seguro Popular de Salud, por lo que, por los objetivos de la presente ponencia, sólo se apunta aquí dicha reflexión como parte de los trazos para la investigación futura.

México se insertó en el desarrollo del capitalismo en un momento coyuntural, la segunda guerra mundial, lo que le requirió echar a andar la industria manufacturera y con ésta se fueron engrosando las filas del sector obrero el cual de inmediato fue objeto de una organización corporativa a través de las centrales obreras vinculadas al partido de Estado, la Central de Trabajadores de México (CTM), en pocos años se convirtió en el pilar fundamental del partido de Estado.

En 1943 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que empezaría a cubrir una serie de prestaciones básicas a los trabajadores y sus familias. Dicha institución fue producto de las luchas de los trabajadores, impulsada por el gobierno y el sector empresarial para asegurar la disposición y reproducción de la fuerza de trabajo que la naciente industrial requería para su desarrollo (Reyna y Trejo, 1984).

El impulso del desarrollo de la industria en México a partir de 1940 fue posible debido a que el Estado Mexicano se estaba fortaleciendo paulatinamente bajo el modelo de Estado benefactor o Estado de bienestar que si bien tomaría en sus manos algunas ramas estratégicas de la economía del país, de manera decisiva abriría al capitalismo todas las puertas y caminos para su desarrollo, especialmente a la inversión extranjera, a través de la creación de infraestructura y de instituciones sociales como el IMSS que brindaría a los trabajadores del sector industrial la seguridad social básica para que contribuyera con el desarrollo paulatino del capitalismo; ya que, de acuerdo con Reyna y Trejo (1984) en la década de los años cincuenta en México más de la mitad de la fuerza de trabajo se dedicaba a las actividades del sector primario a pesar de que en la década de los años cuarenta la industria manufacturera experimentó un crecimiento notable.

Las acciones del Estado generaron a su vez el crecimiento del aparato burocrático y por ende de un amplio sector de trabajadores al servicio del Estado, por lo que en 1960 surgió el Instituto de Seguridad de Seguridad al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)²

Con el IMSS y el ISSSTE inicia la historia de la seguridad social y de la seguridad social en salud en México del siglo XX, si bien ambas son de carácter federal, no lograron ni en sus inicios la cobertura total de los trabajadores y sus familias, ya que por ejemplo, el sector obrero ha estado marcado por una estratificación encontrando, por un lado, núcleos de obreros adscritos a establecimientos con bajos niveles de capital y de tecnología que no perciben más del salario mínimo, no sindicalizados y sin derecho a las prestaciones que estipula la ley del trabajo, y por otro lado, grupos de trabajadores que laboran en empresas estratégicas de la economía nacional cuyos sindicatos han tenido mayor capacidad de negociación y por ello han logrado para sus grupos de trabajadores condiciones de trabajo y de vida mejores y/o superiores al promedio de los trabajadores (Reyna y Trejo, 1984). Es así que los trabajadores de PEMEX y sus familias disponen de servicio médico en clínicas y hospitales privados y no en el IMSS.

La heterogeneidad de los trabajadores del sector industrial contribuyó a mantener débil la identidad de sus intereses y por ende a quebrantar, en gran medida la lucha generalizada por mejores condiciones laborales y de vida para todo, muchas veces a través de la represión violenta.

El parte aguas del desmantelamiento del Estado benefactor al afianzamiento del modelo neoliberal ¿y la

² De acuerdo con Salud Pública de México, las siglas ISSSTE equivalen a Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

asistencia social de salud?

El IMSS y el ISSSTE fueron, por cuatro décadas, los ejes de la Seguridad Social y de Salud en México, décadas que también duró el modelo del Estado de bienestar mismo que, desde sus inicios, tuvo como uno de sus principios básicos la centralización de la vida nacional. Pero a partir de 1982 en el Gobierno de Miguel de la Madrid se impone en este país el modelo económico del neoliberalismo dando inicio al proceso de desmantelamiento del Estado benefactor, modificando con ello la política social.

Cómo parte del panorama general de la asistencia social en México, es muy importante enfatizar el parte aguas de inicios de la década de los años ochenta que abrirá camino al desmantelamiento del estado benefactor y paulatinamente abrirá las puertas al modelo económico neoliberal; dicho proceso se acompañó, al menos de manera formal, de la descentralización de la vida nacional, bajo el discurso del nuevo federalismo, todo ello sin duda alguna explicará en gran medida los por qué y para que del Seguro Popular de Salud.

De acuerdo con Soberón y Martínez (1996) en el periodo de De la Madrid la descentralización de la vida nacional se estableció como un imperativo para la consolidación de la sociedad, en el marco de un nuevo federalismo. En el ámbito de la salud, la descentralización vincula, las acciones públicas que llevan a cabo las autoridades locales como dotación de agua potable y alcantarillado, apoyos alimenticios y cuidado ecológico, con las del cuidado de la salud, concebida como atención médica y salud pública.

Atendiendo a Savedoff (1998), durante la década de los años noventa la discusión en torno a los problemas de salud pública en, América Latina y en México, giró en torno a dos conceptos: descentralización y privatización. En México como en otros países latinoamericanos se llevó a cabo la descentralización del servicio de salud, durante la década de los años noventa, sin embargo, en la práctica fue más un programa político que sirvió para ocultar la continuidad de la administración centralizada. En México, desde 1982, la situación del servicio de salud se orientó por la política federal la descentralización del sistema de salud; en 1988-1994 adquirió la forma de fortalecimiento jurisdiccional bajo el programa de Sistemas Locales de Salud (González, 2001).

Con el modelo neoliberal se dio un viraje a la política social, mismo que se expresa en la redefinición de los vínculos Estado-sociedad, “sus componentes centrales son: desplazamiento de la responsabilidad estatal de garantizar los derechos sociales constitucionales (salud, educación, empleo, etc.) para los individuos o grupos; asistencia selectiva a los grupos de mayor marginación (combate a la pobreza extrema) mediante servicios públicos de bajo costo; privatización de la producción estatal de bienes y servicios que conduce a la disminución del peso relativo del sector público respecto al privada , y desregulación que privilegia la ética privada sobre la pública” (López y Blanco, 1993:34)

En el marco del modelo neoliberal se van vislumbrando paulatinamente cambios trascendentales entre estos: exaltación del individuo como actor que compra y vende servicios; nuevas propuestas para el financiamiento y reordenamiento institucional; reducción del gasto social; descentralización sin apoyo técnico y financiero; y traslado de costos a los usuarios, donde los individuos no acceden a derechos sino a servicios. Lo anterior materializa el paso de los derechos sociales como la salud y la educación, derechos contractuales regulados por el mercado (López y Cardona, 2000:81).

Sin embargo, el mercado sólo atiende a los grupos sociales con posibilidades económicas, por lo que los grupos sociales más desprotegidos y en pobreza o en extrema pobreza se encuentran con mínimas posibilidades de atención a las necesidades más elementales entre las que se encuentra la salud, por lo que la transición del Estado benefactor al modelo neoliberal ha ido ampliando y agudizando paulatinamente diversos problemas sociales.

Se puede reiterar que en el marco del modelo neoliberal, uno de los aspectos que parcial y paulatinamente el

Estado ha ido desatendiendo es el de salud pública, ya que ahora sólo asume el compromiso de atender a los extremadamente pobres, pero en la medida que los recursos lo permitan; es decir, de manera limitada, así lo señala el Banco Mundial, “el gasto público en salud debería reorientarse hacia programas más eficaces en función de los costos que contribuyan en mayor medida a ayudar a los pobres (...) si los gobiernos financiaran un conjunto de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales, el resto de los servicios de ésta índole se podría cubrir mediante financiamiento privado, por lo general por la vía de los seguros, ya fueran privados o sociales” (1993. Prefacio).

Es clara la diferencia de los contextos del modelo del Estado benefactor y del modelo del Estado neoliberal, en el primero la seguridad social y de salud se ganaba como parte de los derechos y las luchas de los trabajadores porque la mayoría de éstos trabajaban en el marco de la economía formal, aunque con la heterogeneidad que ya se ha señalado en páginas anteriores; sin embargo en el marco del modelo económico neoliberal, millones de trabajadores se ocupan en actividades diversas de la economía informal quedando, por ello al margen de los derechos sociales y laborales más elementales. Este ha sido el escenario paulatino desde 1982 a la fecha, y en poco más de dos décadas de neoliberalismo, se ha agudizado.

Es así que: “En los primeros cuatro años del gobierno del presidente Vicente Fox la economía no logró crear un solo empleo formal en términos netos y por el contrario se perdieron plazas. En cambio, el empleo informal no dejó de crecer. Las calles de las ciudades mexicanas, saturadas de vendedores ambulantes que no encuentran otro tipo de ocupación, se han convertido en la válvula de escape a la frustración social por falta de oportunidades económicas, pero al mismo tiempo el fenómeno amenaza la viabilidad del aparato productivo, reveló una investigación de Economist Intelligence Unit (EIU). El reporte, entregado en exclusiva a *La Jornada*, establece que en cuatro años el número de vendedores callejeros aumentó 40 por ciento, en más de 1.6 millones de personas. Esto ocurrió mientras, según cifras del Instituto Mexicano del Seguro Social, el número de personas aseguradas y por tanto con un empleo fijo decreció de 11 millones 26 mil 370 en diciembre de 2000 a 10 millones 881 mil 160 en marzo pasado. En ese periodo se incorporaron a la población económicamente activa al menos 6 millones de jóvenes” (La Jornada, 21 de mayo del 2005).

Para los fines de esta ponencia es conveniente resaltar el hecho de que en el transcurso del sexenio de Vicente Fox el IMSS no sólo no aumentó las cifras de asegurados, sino que éstas disminuyeron significativamente como resultado del desmedido avance de la economía informal sobre la formal, de tal manera que: “Por primera vez, el número de mexicanos en edad productiva que sostienen a sus familias del ingreso que obtienen por actividades en la economía informal superó al de aquellos que tienen un empleo en el sector formal, revelaron datos oficiales.

En junio de este año, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) registró como trabajadores afiliados permanentes a 11.3 millones de personas. Mientras, datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) revelaron que 11.8 millones de jefes de familia obtienen su ingreso de actividades informales -en las que no se incluyen las de corte delictivo, como el trasiego de drogas, piratería, prostitución y pornografía. La pauperización del trabajo está relacionada con la "preferencia patronal" por trabajadores eventuales, práctica cada vez más frecuente y que tiene como fin eludir responsabilidades consignadas en la Ley Federal del Trabajo. Y también con el hecho de que el actual ciclo de recuperación de la economía se caracteriza por una menor creación de empleo formal, a diferencia de lo ocurrido hace seis años” (La Jornada, 17 de Julio de 2006).

El panorama anterior hace posible recuperar aquí la interrogante planteada en páginas anteriores ¿Qué nos dice? El hecho de que en al año 2004, 48 millones de mexicanos, que representan casi la mitad de la población total de México no contará con ningún sistema de protección social en salud. Y en principio podemos decir que nos dice lo que es tan claro en las propias cifras de las notas, pero también nos dice algo más, que si en el país el empleo se ha pauperizado, como consecuencia, millones de trabajadores y sus familias también ha pauperizado sus condiciones de vida impactando a final de cuentas en el deterioro de su salud.

Y como en México, así como a nivel mundial, se ha sobrevaluado la medicina curativa, es decir la medicalización, por encima de la medicina preventiva, ante condiciones precarias de vida, dicha situación se fortalece, ya que condiciones precarias de vida no brindan oportunidad a las familias de una alimentación adecuada, del cuidado

de la higiene, de educación y cultura para la salud; es decir no existen posibilidades de la salud preventiva. Aunque de manera formal y protocolaria se diga o se recomiende lo contrario, ya que, por ejemplo, en el transcurso de las décadas de los años ochenta y noventa tuvieron lugar en el ámbito internacional dos eventos: el primero, en noviembre de 1986 se emitió la Carta de Ottawa para la promoción de la salud por la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, con la intención de “desmedicalizar” la salud; el segundo, la Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud emitida en San José de Bogotá Colombia, que complementa al documento de Ottawa; Municipios Saludables: Una estrategia de promoción de la salud en el contexto local, cuya idea central es atribuir un papel central al municipio en la promoción de la salud. Este es un documento de la Organización Panamericana de la Salud emitido en 1992 (Olmedo, 2000:20).

Ante las evidencias contundentes, en México el gobierno de la República ha tenido que reconocer, aunque parcialmente, que las dimensiones sociales que ha alcanzado la pobreza de millones de familias, para las cuales no ha habido programas de desarrollo social, sino sólo paliativos a través de apoyos clientelares que se explotan ampliamente en procesos electorales.

De acuerdo con Rogelio Gómez Hermosillo, Coordinador Nacional del Programa Oportunidades³, éste “es un programa del gobierno de la República que atiende a los hogares en condición de extrema pobreza: 5 millones de familias, 25 millones de mexicanos, la cuarta parte de la población nacional. Se ha venido construyendo paulatinamente y es la primera vez que el país cuenta con una red de protección social para los hogares pobre que redistribuye ingreso dentro de un esquema de incentivos que permite el desarrollo de capacidades. Mediante un sistema muy efectivo de focalización que utiliza la mejor información estadística disponible, entrega apoyos en efectivo a los hogares en extrema pobreza, siempre y cuando los miembros de estas familias asistan regularmente a los servicios de salud y a las escuelas, lo que permite el desarrollo de capacidades... Estamos llegando a las localidades más apartadas, a las zonas más deprimidas, a hogares que durante mucho tiempo no recibieron casi ningún apoyo, ninguna atención” (Gómez y Ortiz, 2005:166)

Si bien, se reconocen 25 millones de mexicanos viviendo en condiciones de extrema pobreza, también se reconoce que éstos forman parte de un universo mayor, de 48 millones de mexicanos que hasta el año 2004 no contaban con ninguna seguridad social y en particular con seguridad social de salud, para ellos se creó el Seguro Popular de Salud, enseguida se recuperan las generalidades de este.

¿El Programa oportunidades puede considerarse como un antecedente del Seguro Popular de Salud? ¿Las familias que cuentan con apoyos de Oportunidades podrán ingresar al padrón del Seguro Popular de Salud? ¿Se mantendrán simultáneamente ambos programas o el segundo irá sustituyendo al primero? Las interrogantes anteriores son parte de los trazos de la investigación que aquí se plantea, mientras tanto avancemos recuperando algunas generalidades y elaborando apuntes sobre lo que se podrá investigar a fondo acerca del Seguro Popular de Salud, de acuerdo con el objetivo de la ponencia.

De la reforma a la ley de salud al seguro popular de salud. Las vetas de la investigación.

En abril del año 2003 el Congreso de la Unión aprobó por mayoría de votos una reforma a la Ley General de Salud que establece el sistema de protección social en la materia, cuyo brazo ejecutivo es el Seguro Popular de Salud (SPS). “Este seguro cubrirá progresivamente a todos aquellos ciudadanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional (trabajadores por cuenta propia, desempleados, trabajadores del sector informal de la economía y personas que están fuera del mercado laboral)... El SPS garantiza el acceso a cerca de 100 intervenciones que cubren más de 90% de las causas de atención ambulatoria y cerca de 70% de las acusas de atención hospitalaria de las instituciones públicas” (Gómez y Ortiz, 2004:585).

A partir de enero del año 2004, 14.3 % de la población no asegurada comenzó a integrarse a este esquema de

³ Entrevista de Salud Pública de México.

protección social, el paquete de las 100 intervenciones a las que tienen derecho incluye: intervenciones quirúrgicas (para 29 condiciones), hospitalización (9), servicios de urgencias (6), servicios de traumatología (6), servicios de rehabilitación (2), atención pre y neonatal (5), atención ambulatoria (25), atención dental (3) y servicios preventivos (9) (Gómez y Ortiz, 2004: 585).

En la entrevista de SPM con el Dr. Julio Frenk Mora, Secretario de Salud, él respondió de ¿cuándo nació la idea de este seguro? Entre otras consideraciones él señaló que existe un estudio que se hizo en Funsalud, Economía y salud, así como del trabajo que realizó durante su estancia en la Organización Mundial de la Salud de 1998 al año 2000, en donde según dice, se trabajó mucho la idea y el marco conceptual sobre dicho proyecto, hoy hecho realidad. Esto es sin duda una veta importante a seguir en la investigación.

Por otra parte el Dr. Frenk señaló que con el Seguro Popular por primera vez México va a tener un sistema nacional de seguridad social en salud, ya que habrá tres seguros públicos: el IMSS, ISSSTE y el Seguro Popular de Salud cuya estructura financiera será homogénea lo cual acabará con la segmentación de lo financiero en la salud. Además él considera que esto no sólo será un logro para México, ya que se podrá aportar la metodología a otros países de América Latina que han intentado algo parecido pero no lo han logrado, señaló a Colombia y Chile (Gómez y Ortiz, 2004). Las consideraciones anteriores apuntan otras vetas interesantes para desarrollar un proyecto de investigación, ya que aclararían los mecanismos financieros y las estrategias de acabar con la segmentación e inequidad financiera entre el IMSS, el ISSSTE y ahora el Seguro Popular de Salud, que requiere ser explicado en sus generalidades, pero también en sus peculiaridades, en un nuevo marco del sistema de salud de México.

Finalmente, se incluyen aquí parte de algunos testimonios de entrevistas de carácter exploratorio, que se realizaron para los fines de la elaboración de esta ponencia, que son sólo una muestra de lo que puede estar ocurriendo durante el proceso operativo del Seguro Popular de Salud y que tienen la finalidad de hacer un primer ejercicio de contrastación entre las expectativas de algunos funcionarios del sector salud y las de los usuarios y no usuarios del mencionado seguro de salud.

Ante la interrogante ¿conoce usted el seguro popular de salud? Una de las entrevistadas respondió: “Eso es pura mentira, nada más se lo dan al que no lo necesita, porque yo por ejemplo fui a hacer los trámites para que asegurasen a mi hijo y me lo negaron porque él si lo necesita, yo les dije que mi esposo se había quedado sin trabajo por lo que mi niño ya había perdido el seguro y lo primero que me preguntaron fue si mi hijo padecía alguna enfermedad y yo les dije pues sí, por eso vengo, entonces me hicieron más preguntas de su enfermedad y yo se las fui contestando...les dije que de repente mi niño comenzó a tener problemas en su cabecita, como ataques o convulsiones y luego a veces perdía el conocimiento, que en el seguro lo estaban tratando pero cuando su papá perdió el trabajo nos quedamos sin seguro...nada más les dije de su enfermedad y me dijeron que él no se podía asegurar porque tiene una enfermedad incurable, ni siquiera pagando los tres mil pesos al año...por eso digo que es pura mentira, porque no es gratis y luego aunque quieras pagar no te apuntan si tienes una enfermedad, entonces es para puros sanos, no para los enfermos...”

El testimonio anterior corresponde a una señora de 42 años de edad cuya familia está integrada por 7 miembros, ella, su esposo de 44 años y cuatro hijos cuyas edades son de 8, 12, 14 y 20 años de edad, la mayor sólo es hija suya y es madre soltera de una niña de 2 años de edad. El niño de 14 años es quien tiene un padecimiento crónico neurológico (según la señora, su diagnóstico no ha sido precisado) mismo que le ha requerido tratamiento sistemático e intervenciones quirúrgicas; más de una ocasión el padecimiento le ha dejado en situación de incapacidad física para caminar y con cierta pérdida de conciencia. Hace más de dos años que el jefe de familia perdió el trabajo por lo que también perdió las prestaciones del IMSS para su familia. Ahora trabaja en un taller de hojalatería, pero no cuenta con seguridad social.

Otro de los testimonios es del una señora de 38 años de edad cuya familia está integrada por 6 miembros, ella y su esposo también de 38 años, y cuatro hijos de 16, 14, 12 y 10 años de edad, el mayor y el menor son varones;

todos asisten a la escuela, técnica con preparatoria, secundaria y dos a la primaria respectivamente.

Su esposo es pasante de arquitectura, pero desde que egreso de la licenciatura nunca ha tenido empleo fijo, siempre ha trabajado de manera eventual, la señora sólo concluyó la primaria y eventualmente se ocupa como empleada doméstica. Su familia nunca había sido derechohabiente a alguna institución de seguridad social, hace tres años que recibe apoyos del Programa Oportunidades y hace medio año también se dieron de alta en el Seguro Popular de Salud. el siguiente es parte de su testimonio:

“Gracias a Dios que nos dieron el apoyo de Oportunidades, por eso mi hijo pudo seguir en su escuela, porque ya no iba a ver dinero pa mandarlo a la preparatoria técnica ¿con qué? ya se iba quedar sólo con la secundaria y a buscar trabajo... pero gracias a Dios si siguió...lo apunte a el y a la de 14 años, me dan 1200 pesos cada dos meses, para la escuela de los dos, pero eso si no deben faltar y tiene que ir a sus consultas al centro de salud pa que se reporten, hora si pa que los chequen...después cuando llegó el Seguro Popular me fui a apuntar y yo dije, a ver si me lo quieren a dar porque tengo Oportunidades, tenía miedo que me fueran a quitar lo de Oportunidades y yo dije si me lo quieren quitar mejor no me apunto al Seguro, pero luego me pidieron los papeles de todos y si nos apuntaron sin quitarnos Oportunidades, nos llamaron a las fotos pa la credencial y ya no las dieron...no más pago la mitad de los medicamentos y cuando no hay pus si los tengo que comprar, no siempre...yo estoy contenta porque ya me están medicando y a mi marido también y cuando se enferman mis hijos, hasta de la gripa pus los llevo y ya me dan la medicina...”

Parte del testimonio de otra señora cuya familia es de cinco integrantes, ella de 24 años de edad, su esposo de 25, dos niños de 6 y 4 años de edad y su suegro que es viudo, todos viven en la casa de él. Su esposo trabaja por su cuenta, hace rótulos y pinta casas, ella eventualmente trabaja como empleada doméstica; su suegro se dedicada a trabajar en el campo tiene una parcela de ejido un cuarto de hectárea, siembra maíz y tiene una yunta de caballos y dos becerros. Parte de su testimonio:

“Apenas me apunte a oportunidades, no me había apuntado porque dije vayan a decir que yo no necesito el apoyo, que hay personas que lo necesitan más que yo, y pus tendrían razón verda, yo pus aunque sea pobremente pero no dejo a mis hijos sin comer...y tampoco me he apuntado al seguro popular por lo mismo vayan a decir uste no lo necesita todavía está joven y puede trabajar...cuando mis hijos se enferman, bueno cuando nos enfermamos, vamos a la clínica del pueblo, ahí nos dan la consulta, eso si tiene uno que pagar la consulta, no es tan caro paga uno 20 o 30 pesos, pero eso si no le dan a uno la medicina uno la tiene que comprar y en veces si está cara, a veces mejor voy al consultorio similares ahí me surten la receta más barato, aunque luego me dicen la señoras de la escuela de mi niño que esa medicina ni cura, pero a mi si me ha curado, por eso a veces voy con el Doctor de similares, también está cerquitas...voy a ver si me dan Oportunidades y leugo veo si me apunto al Seguro Popular... de todos modos dicen que es en la misma clínica, por eso digo que casi sería lo mismo, bueno dicen que le dan a uno la medicina, eso ya es una ayuda verda...”

Además de apuntar la posibilidad de contrastar las expectativas de los funcionarios públicos con las de los usuarios o potenciales usuarios y sus experiencias, también se apunta aquí la posibilidad de contrastarlas con las campañas de promoción a través de los medios masivos de comunicación. Finalmente, quiero concluir, enfatizando que he apuntado algunos trazos que pueden abrir vetas para una investigación acerca del Seguro de Popular de Salud, desde la perspectiva del análisis cualitativo.

Bibliografía

Banco Mundial (1993). Informe sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en Salud. Washington, D.C.

González González, Norma. (2000). “La reforma del Estado y sus principales consecuencias en la política sanitaria. México y lo local en el umbral del siglo XXI”, ponencia presentada en el V Congreso Internacional de El Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. CLAD, octubre del 2000, Sto. Domingo.

López Arellano, Olivia y Blanco Gil, José (1993) La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, México, D.F.

López López, María Victoria y Cardona Acevedo, Marleny. (2000). "Marco explicativo de los efectos del modelo de desarrollo en América Latina: Cinco tesis sobre las políticas en salud" en Curso Internacional Itinerante. La salud colectiva a las puertas del siglo XXI. Memorias, Universidad Nacional de Colombia-Universidad de Antioquia, volumen I, Febrero 14-18 de 2000, Medellín.

Octavio Gómez Dante/ Mauricio Ortiz (2005) Seguro popular de salud. Siete perspectivas, Salud Pública de México, marzo-abril, año/vol. 47, número 002, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca México, pp. 166-170, ISSN (versión en línea) 1606-7916.

Octavio Gómez Dante/ Mauricio Ortiz (2004) Seguro popular de salud. Siete perspectivas, Salud Pública de México, marzo-abril, año/vol. 46, número 006, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca México, pp. 585-596, ISSN (versión en línea) 0036-3634.

Octavio Gómez Dante/ Mauricio Ortiz (2005) Seguro popular de salud. Siete perspectivas, Salud Pública de México, marzo-abril, año/vol. 47, número 001, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca México, pp. 166-170, ISSN (versión en línea) 1606-7916.

Reyna, José Luis y Trejo Delarbre, Raúl (1984) La clase obrera en la historia de México. De Adolfo Ruiz Cortines a Adolfo López Mateos (1952-1964), siglo XXI editores, México.

Savedoff, Williams D. (1998). La organización marca la diferencia. Educación y salud en América Latina, Washington, D.C. Banco Interamericano de Desarrollo, Red de Centros de Investigación, Estados Unidos de América.

Soberón –Acevedo G, Martínez Narváez G (1996) Ensayo sobre la descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta; Salud Pública de México Vol. 38, No. 5 pp. 371-378

Hemerografía

La Jornada (Prensa de circulación Nacional), 21 de mayo de 2005.

La Jornada (Prensa de circulación Nacional), 17 de julio de 2006.