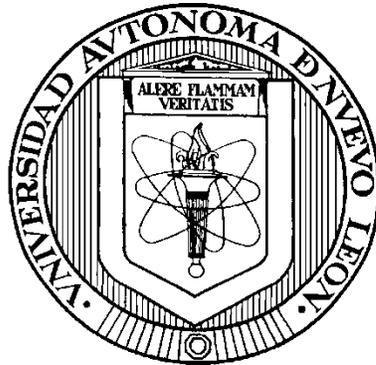


**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES**



**DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES CON ORIENTACIÓN EN
DESARROLLO SUSTENTABLE**

TESIS DOCTORAL

**CAMBIOS EN LAS CONDICIONES LABORALES DE MÉDICOS Y
ENFERMERAS DEL SECTOR DE LA SALUD EN MÉXICO Y NUEVO LEÓN. UN
ENFOQUE DE TRABAJO DECENTE.**

PRESENTA:

MTRA. ELIZABETH GÁLVEZ SANTILLÁN

COMITÉ TUTORAL:

**DIRECTORA: DRA. ESTHELA GUTIÉRREZ GARZA
CODIRECTORES: DR. JOSÉ RAÚL LUYANDO CUEVAS
DR. ARUN KUMAR ACHARYA**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES
CON ORIENTACIÓN EN DESARROLLO SUSTENTABLE**

FEBRERO, 2013

AGRADECIMIENTOS

Finalizar un trabajo como el que ahora presento no hubiera sido posible sin la participación de toda una lista de personas e instituciones que ayudaron a que esta tesis doctoral llegara a un feliz término y, aunque sería imposible mencionar a todos, quiero expresar mi agradecimiento al menos a algunos de ellos.

Primero que nada, le agradezco a Dios por haberme dado la fortaleza para seguir adelante en aquellos momentos de debilidad y desaliento, y poder concluir satisfactoriamente esta etapa de mi vida.

Agradezco infinitamente al Instituto de Investigaciones Sociales, a la Universidad Autónoma de Nuevo León y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por haberme apoyado en la realización de esta investigación y de mis estudios doctorales.

De manera muy especial, agradezco a la Dra. Esthela Gutiérrez Garza por haberme dirigido en la realización de esta tesis doctoral. Las discusiones que tuvimos, sus regaños, así como sus consejos, su paciencia y su amistad hicieron posible la terminación de este trabajo sino también sembraron en mí la semilla de un pensamiento crítico, que quizás ahora apenas es una semilla pero estoy segura que con el tiempo crecerá y se fortalecerá. Gracias por todo.

A mis coasesores, el Dr. José Raúl Luyando Cuevas y el Dr. Arun Kumar Acharya, gracias por su tiempo, disponibilidad y paciencia. Sus comentarios fueron una gran aportación para enriquecer este trabajo.

Agradezco al Dr. Julio César Puente Quintanilla y al Dr. Esteban Picazzo Palencia su amabilidad y disposición para aceptar ser lectores de esta tesis, compartir su valiosa experiencia y hacerme sus comentarios para enriquecer esta investigación, también muchas gracias por su amistad.

De la misma manera, agradezco al Director del Instituto de Investigaciones Sociales, el Mtro. Manuel R. Barragán Codina, así como al Coordinador del Doctorado, el Dr. Arun Kumar Acharya, y al Coordinador del Departamento Escolar, José Juan Cervantes y a Sandra, por su apoyo incondicional para que este trabajo de investigación llegara a buen término. Así mismo, gracias a cada uno de los maestros del Instituto que con su cátedra, orientación y experiencia me proveyeron durante mis estudios doctorales de las bases necesarias para la realización de esta tesis.

La familia, ha sido otro aspecto fundamental para que este momento llegara. Gracias a mi esposo, Jesús Osorio C., por su incondicional apoyo, por ser un excelente compañero, por haberme motivado a seguir adelante en los momentos de más desesperación; a nuestros hijos, Kevin, Samantha, Jesús y Juan Carlos, gracias a todos por su paciencia y comprensión.

Gracias también a mi padre, quien fue un gran ejemplo a seguir y, aunque ya no se encuentra aquí, él sabe que siempre estará en mi corazón; a mi madre, con quien aún puedo compartir mis logros y es un gran ejemplo para mí. A mis suegros, Jesús y Olga Alicia quienes siempre han estado dispuestos a ayudarme en lo que sea.

A mis hermanos José Luis, Isabel, Esthela, Esther, Edgar y Yadira; mis cuñados, cuñadas y sobrinos, por estar presentes en mi vida, por su apoyo y por buscar siempre la unidad familiar.

Gracias a mis compañeros de generación, Maricela Ríos, Gabriela Monfort, Cecilia Padrón, por todos los momentos que pasamos juntos. Pero especialmente a Esteban Picazzo por su amistad y apoyo brindado prácticamente durante todo el doctorado. Así como a mis compañeros de otras generaciones, antes y después de la mía, con quienes conviví durante mis estudios.

No podría terminar este escrito sin antes agradecer a todos mis compañeros del IINSO su apoyo y compañerismo: empezando desde la entrada del Instituto, Don Mario, Hilario, Melva, Rodolfo, Diana, Jesús Sergio, José Juan, Rosaura, Melisa, Sandra, Dr. Luyando, Dr. Arún, Jorge, Marco, Luis, Elizabeth Amaro, la Sra. Yola, Elisa, el Mtro. Barragán, la Dra. Gabriela de la Mora, la Dra. Ortega, el Mtro. Hipólito, el Dr. Alfredo, el Dr. Julio, la Dra. Gutiérrez, Eva, Isabel, Paola, Paulina, el Dr. Germán, El Dr. Felipe, el Dr, José María, el Dr. Carlos, Viviana, Cindy, quienes siempre han sido muy atentos y afectuosos conmigo.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO 1. NUEVAS PROPUESTAS PARA IMPULSAR EL DESARROLLO EN LA GLOBALIZACIÓN.....	18
Introducción.....	18
1. De las teorías del crecimiento a las teorías del desarrollo	19
2. Hacia nuevos enfoques de desarrollo con una visión más humana	20
La cobertura de los costos del hombre	20
Teoría de la dependencia	22
Enfoque unificado	23
Enfoque de redistribución a partir del crecimiento.....	24
El enfoque de las necesidades básicas	25
3. Nuevas propuestas sobre el desarrollo tras los efectos de la globalización: La importancia de la Teoría del Desarrollo Humano	28
El desarrollo sustentable	30
Enfoque del Ajuste con rostro humano	35
La visión de las capacidades y libertades	35
Enfoque del Desarrollo Humano del PNUD y el Índice de Desarrollo Humano (IDH)	43
4. El desarrollo humano y el desarrollo sustentable: Hacia un desarrollo humano sustentable.....	47
5. El Programa de Trabajo Decente de la OIT: hacia el desarrollo de las libertades y capacidades de los trabajadores	51

6. Esfuerzos realizados para la construcción de un Índice de Trabajo Decente (ITD).....	59
7. El trabajo decente una libertad para el desarrollo.....	66
El trabajo decente y el desarrollo humano.....	66
El trabajo decente y el desarrollo sustentable.....	68
8. Conclusión.....	71
CAPÍTULO 2. LA SALUD DENTRO DEL SECTOR SERVICIOS: HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS LIBERTADES INSTRUMENTALES.....	73
Introducción.....	73
1. El papel de los servicios en el desarrollo de las libertades de los individuos.....	74
2. Evolución del sector servicios en México y Nuevo León y su relación con el despliegue de las capacidades instrumentales.....	77
Etapa I. El sector servicios en el Modelo Primario Exportador: Incipientes capacidades instrumentales para el desarrollo de las libertades.....	77
El sector terciario en el empleo y el PIB	85
Crisis y término del modelo económico primario exportador	89
Etapa II. El sector servicios en el Modelo de Sustitución de Importaciones y el proteccionismo: Gran impulso del Estado a la generación de capacidades y libertades instrumentales para el desarrollo.....	93
El sector terciario en el empleo y el PIB	98
Crisis y agotamiento del modelo de sustitución de importaciones.....	115
Etapa III. El sector servicios en el Modelo Neoliberal o de libre mercado: Un deterioro en la generación de las libertades instrumentales	122
El sector terciario en el empleo y el PIB	134
3. Conclusión.....	152

CAPÍTULO 3. EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD: HISTORIA DE LA CONFORMACIÓN DE LAS LIBERTADES INSTRUMENTALES.....	155
Introducción.....	155
1. Las libertades instrumentales y los servicios de salud.....	155
2. Etapa I. Los servicios de la salud en el modelo agroexportador: una capacidad instrumental incipiente.....	158
3. Etapa II. Los servicios de la salud en el modelo de sustitución de importaciones: Gran impulso del Estado en el desarrollo de las libertades instrumentales	172
Hacia la crisis del régimen de acumulación fordista y el agotamiento del modelo de sustitución de importaciones	191
Evolución de las libertades instrumentales en salud. Algunas estadísticas del sector: 1930-1980	195
4. Etapa III. Los servicios de salud en el modelo neoliberal: Hacia un detrimento en las libertades instrumentales individuales	200
5. Hacia un empeoramiento de las libertades instrumentales en salud: Algunas estadísticas en el sector público y privado	235
Sector de salud público.....	235
Sector de salud privado.....	241
6. Conclusión.....	243
CAPÍTULO 4. EL TRABAJO DECENTE, UNA LIBERTAD CONSTITUTIVA PARA EL DESARROLLO DE LAS LIBERTADES INDIVIDUALES: MARCO CONCEPTUAL, METODOLÓGICO Y SUS RESULTADOS	247
Introducción.....	247
1. La globalización y sus efectos en el mercado laboral: hacia un detrimento de las libertades de los trabajadores	248

2. El trabajo decente, una propuesta para garantizar el desarrollo de las capacidades y libertades de los trabajadores	255
3. Desarrollo conceptual y metodológico para la creación del Índice de Trabajo Decente	261
Las libertades para el trabajo decente: definición de indicadores	261
Empleo durable.....	262
Salario suficiente	265
Prestaciones sociales o equivalente	268
Aspectos metodológicos para la construcción del ITD y su interpretación.....	271
Conformación del Índice de Trabajo Decente (ITD).....	272
4. El trabajo decente como referente de las libertades constitutivas de los individuos	273
El trabajo decente en México y Nuevo León.....	275
La educación: un elemento de potenciación del trabajo decente.....	283
5. El trabajo decente, libertad constitutiva e instrumental: el caso de los médicos y enfermeras del sector de la salud	291
Los médicos.....	311
Las enfermeras.....	317
6. Conclusión.....	321
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES GENERALES.....	325
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	337

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución porcentual de la población ocupada en México y Nuevo León por sector de actividad económica, 1940 y 1970	100
Gráfica 2. Distribución porcentual de la matrícula en México en el año escolar 1970-1971	107
Gráfica 3. Proporción de unidades médicas, y recursos humanos, por institución de salud pública. México, 1970.....	112
Gráfica 4. Número de asegurados por médico y por paramédico en las instituciones de salud pública. México, 1970	113
Gráfica 5. Inversión extranjera directa realizada en México. 1980-2008	133
Gráfica 6. Distribución de la Inversión Extranjera Directa en México por sectores de actividad económica. 1980-2008	134
Gráfica 7. Distribución de la población ocupada por sectores de actividad económica en México y Nuevo León. 1980 y 2008.....	135
Gráfica 8. Distribución de la población ocupada por sector de actividad económica en México 1900-2008.....	137
Gráfica 9. Distribución de la población ocupada por sector de actividad económica en Nuevo León 1940-2008	137
Gráfica 10. Distribución porcentual de la matrícula en el sistema educativo escolarizado en México. Ciclo escolar 1980-1981 y 2008-2009	146
Gráfica 11. Distribución porcentual de la matrícula en el sistema educativo escolarizado en Nuevo León. Ciclo escolar 1990-1991 y 2008-2009	147
Gráfica 12. Distribución porcentual del personal de salud en México en los sectores público y privado, 2001 y 2007	149
Gráfica 13. Estructura porcentual del PIB de México y Nuevo León por sector de actividad económica 1980 y 2008.....	150
Gráfica 14. Establecimientos de asistencia social con fines curativos, México 1930-1980	195
Gráfica 15. Tasas de crecimiento de la población total y de los establecimientos de asistencia social, México 1930-1980	196
Gráfica 16. Proporción de unidades médicas, y recursos humanos, por institución de salud pública. México, 1970.....	198

Gráfica 17. Número de asegurados por médico y por paramédico en las instituciones de salud pública. México, 1970.	199
Gráfica 18. Tasa de crecimiento anual del gasto público real en salud, México y Nuevo León 1990-2003	217
Gráfica 19. Unidades médicas según tipo de cobertura de usuario. México 1980-2007 .	235
Gráfica 20. Unidades médicas según tipo de usuario, Nuevo León 1983-2007	239
Gráfica 21. Pirámide de población para México y Nuevo León, 2011	276
Gráfica 22. Distribución de la población de 14 años y más según tipo de actividad en México y Nuevo León, 2011	277
Gráfica 23. Distribución porcentual de la población ocupada, según nivel de ingresos en México y Nuevo León, 2011	278
Gráfica 24. Población ocupada según situación de ocupación y nivel de ingresos en México y Nuevo León, 2011	279
Gráfica 25. Distribución porcentual de la población ocupada según nivel de educación en México y Nuevo León, 2007 y 2011.....	287
Gráfica 26. Tasas de crecimiento del PIB de México y Nuevo León, 2004-2009	297
Gráfica 27. Médicos en el sector salud en México y Nuevo León, según nivel de ingresos, 2011	299
Gráfica 28. Enfermeras en el sector salud en México y Nuevo León, según nivel de ingresos, 2011	306

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. América Latina: Países seleccionados. Evolución nivel absoluto del Trabajo Decente según niveles, 1990-2000.....	60
Cuadro 2. Tendencias deseables indicadores trabajo decente vs. tendencias observadas .	63
Cuadro 3. Estructura porcentual de la población ocupada por sector de actividad económica en México 1895 y 1930	86
Cuadro 4. Estructura porcentual del PIB de México por sectores de actividad económica 1895 y 1926.....	89
Cuadro 5. Distribución porcentual del gasto del gobierno federal, según tipo de actividad	95
Cuadro 6. Estructura porcentual del PIB de México por sector de actividad económica 1940 y 1970.....	114
Cuadro 7. Distribución porcentual del gasto del gobierno federal, según tipo de actividad	174
Cuadro 8. Participación promedio de los salarios en el ingreso total de algunos países de la OCDE.....	253
Cuadro 9. Precios de la Canasta Obrera Indispensable (COI) y salario mínimo, 1987-2011	266
Cuadro 10. Salario mínimo real y salario suficiente 1987, 2007 y 2011	267
Cuadro 11. Índice de trabajo decente para México y Nuevo León, 2007 y 2011.....	280
Cuadro 12. Índice de trabajo decente de acuerdo al nivel de educación (ITD+E) para México y Nuevo León, 2007	285
Cuadro 13. Índice de trabajo decente de acuerdo al nivel de educación (ITD+E) para México y Nuevo León, 2011	286
Cuadro 14. Índice de Trabajo Decente de los médicos que laboran en actividades relacionadas con la salud en México y Nuevo león, 1987, 2007 y 2011	312
Cuadro 15. Índice de Trabajo Decente de las enfermeras que laboran en actividades relacionadas con la salud en México y Nuevo león, 1987, 2007 y 2011	317

INTRODUCCIÓN

Los servicios ligados a la salud han ido cobrando cada vez más importancia económica global y regional, debido a factores como la tendencia en el aumento de los gastos en salud público y privado, los avances que se han dado en la medicina y en la tecnología asociada a estos servicios, el aumento de la población en edad avanzada, la transición epidemiológica, entre otros.

En correspondencia a tal importancia, el sector salud se ha convertido en uno de los sectores más dinámicos de las economías modernas, debido a que representa una importante fuente de empleo profesional y técnico, es un alto demandante de insumos de todo tipo, es un motor para la innovación tecnológica y es un sector de inversión de alta rentabilidad (Knaul, et. Al, 2007; Iriart, 2000; y Arreola y Nigenda, 2002).

Sin embargo, en el caso de América Latina y, en particular, México, ese crecimiento en el sector ha venido acompañado de una serie de sucesos que han ocasionado modificaciones en su organización y funcionamiento. Los eventos más recientes están relacionados con los planes de ajuste estructural que los países latinoamericanos aceptaron desde principios de los años 80 como condición de los organismos internacionales para poder acceder a préstamos que los ayudara a salir de la crisis de deuda en que se encontraban (Rendón y Salas , 2000, y Guillén (1986) y específicamente con los planes de reforma del sector salud, impulsados y financiados principalmente por el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), para que estos países pudieran acceder a préstamos que los ayudara a solventar los problemas de los servicios estatales y de la seguridad social (Iriart, 2000; Menéndez, 2005; e Infante, 2000).

Uno de los impactos más trascendentales que resultó de los procesos de reforma estructural y sectorial realizados fue la transformación de la concepción social sobre la salud, al dejar de tener ésta un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el Estado era responsable, para convertirse cada vez más en un bien de mercado que los individuos deben adquirir. Con lo que la salud dejó de ser un bien público para convertirse en privado (Iriart, 2000).

Estas transformaciones sufridas por el sector de la salud han llevado también al deterioro de las instituciones públicas y han dado un fuerte impulso al servicio de salud privado, facilitando la participación en el sector tanto de las empresas aseguradoras como de las empresas médicas, emergiendo a su vez el gran capital como actor fuerte en la industria hospitalaria de alta capitalización (Laurell, s/f).

Por otra parte, en el aspecto laboral, con la instauración progresiva del neoliberalismo económico, la agudización de la competencia entre las empresas trajo consigo la necesidad de reducir costos lo más posible, impactando de manera directa en los salarios, las condiciones de contratación y de trabajo de las empresas, lo que se ha traducido en una mayor precarización laboral (Sotelo, 1999).

De esta forma, la precarización laboral es un fenómeno que va en contra del bienestar de la sociedad así como del desarrollo humano y sustentable, pues no solamente debilita la cultura laboral del mundo de trabajo, el tejido social y el fortalecimiento del mercado interno, elementos esenciales para mantener la cohesión social, sino también impide eliminar las fuentes de privación de las libertades señaladas por Sen (2000), limitando con esto las oportunidades de las personas para hacer o ser lo que más valoran.

Dentro de este marco de transformaciones estructurales y sectoriales ocurridos en el país y que han impactado al sector de la salud se busca conocer de qué manera estos cambios han afectado las condiciones laborales de los médicos y enfermeras, quienes son elementos centrales para la prestación de los servicios de salud.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer cómo los cambios estructurales y sectoriales ocurridos en las últimas décadas han impactado en las condiciones laborales y salariales de los médicos y las enfermeras que laboran en el sector de salud en México y el estado de Nuevo León.

OBJETIVOS PARTICULARES:

- Conocer el efecto que tuvieron los cambios estructurales, ocurridos en la economía con la implementación del modelo neoliberal, y sectoriales en los servicios de salud en el país y en el estado de Nuevo León.
- Determinar las modificaciones en las condiciones laborales que se han dado en los médicos y las enfermeras que trabajan en el sector de la salud en el país y en el estado de Nuevo León, a partir de los cambios ocurridos en el sector salud.
- Medir estos cambios en las condiciones de trabajo de los médicos y las enfermeras que laboran en el sector de la salud en México y el estado de Nuevo León, para conocer su calidad.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

- ¿Cómo afectaron los cambios estructurales, ocurridos en la economía con la implementación del modelo neoliberal, y sectoriales en los servicios de salud en el país y en el estado de Nuevo León?

- ¿Cuáles son las modificaciones en las condiciones laborales que se han dado en los médicos y las enfermeras que trabajan en el sector de la salud en el país y en el estado de Nuevo León, a partir de los cambios ocurridos en el sector salud?
- ¿Cómo medir estos cambios en las condiciones de trabajo de los médicos y las enfermeras que laboran en el sector de la salud en México y el estado de Nuevo León, para conocer su calidad?

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:

Los cambios estructurales y sectoriales orientados a la privatización de la salud ocurridos en el país, han ampliado la inversión privada y extranjera en el sector de la salud incrementando el fenómeno de salarización de la profesión médica, asimismo están generándose situaciones de polarización de ingresos y precarización en las condiciones laborales de los médicos y las enfermeras que trabajan en el sector de la salud en el país y en el estado de Nuevo León.

JUSTIFICACIÓN:

Ante el evidente crecimiento de la infraestructura sanitaria a nivel país y de manera particular en el estado de Nuevo León, es importante conocer como se ha dado este proceso para entender su organización y funcionamiento actual, así como la forma en que han sido afectadas las condiciones de trabajo de quienes prestan los servicios, es decir, los médicos y las enfermeras, pues un empleo de calidad es algo que puede permitir avanzar hacia una sociedad más incluyente.

Para cumplir los objetivos y probar la hipótesis, este trabajo se desarrolla en cinco capítulos.

En el primer capítulo, se presenta el marco teórico, donde se hace un recorrido por diferentes teorías sobre el desarrollo hasta llegar los enfoques del desarrollo humano y sustentable, los cuales son tomados como fundamento para poder utilizar el concepto de trabajo decente de la OIT en el análisis de las condiciones laborales de los médicos y las enfermeras que laboran en el sector de la salud y de la población ocupada en general.

En el segundo capítulo, se hace una revisión en torno al sector de los servicios, que es en el que se inscriben las actividades relacionadas con la salud, con la finalidad de comprender cómo es que este sector ha tomado tanta importancia no solo en la generación del Producto Interno Bruto (PIB) sino también como fuente de empleo. Es una revisión histórica sobre la evolución del empleo en el sector y su contribución al PIB, en México y Nuevo León, lo anterior se realiza tomando como referencia los periodos correspondientes a los modelos primario exportador, sustitución de importaciones y neoliberal.

El tercer capítulo, se refiere a los servicios de salud, con el propósito de conocer de manera general cómo se ha ido transformando la forma en que se ha realizado la prestación de este tipo de servicios en nuestra sociedad a través del tiempo. La revisión se hace tomando nuevamente como referencia los diferentes modelos económicos que hemos tenido en el país, comenzando con el modelo primario exportador; después con el de sustitución de importaciones y, por último, con el modelo neoliberal.

En el cuarto capítulo, se hace una reflexión sobre cómo la globalización, que se da a partir de la década de los 80 ha llevado al aumento de la desigualdad social y, en el caso particular del mercado de trabajo, a la precarización laboral; después se presenta el enfoque de trabajo decente como una forma de evaluar la precarización laboral; posteriormente se

propone la creación del Índice de Trabajo Decente (ITD) para medir la precarización laboral, se definen los indicadores; se describen los aspectos metodológicos y se realiza la medición del ITD para México y Nuevo León; más adelante se aplica la misma metodología para medir el ITD de acuerdo al nivel de escolaridad para identificar el nivel de educación necesario para poder entrar en un potencial dinámico hacia un nivel de trabajo decente “satisfactorio” y, por último, se mide el ITD para los médicos y las enfermeras que laboran en el sector de la salud, quienes cumplen con la característica de contar con un nivel de educación alto.

En el quinto capítulo, se presentan las conclusiones generales y las líneas de investigación que podrían desprenderse a partir de este trabajo de investigación.

CAPÍTULO 1. NUEVAS PROPUESTAS PARA IMPULSAR EL DESARROLLO EN LA GLOBALIZACIÓN

Introducción

La crisis del modelo de acumulación fordista en los países desarrollados a finales de los años 70 trajo consigo dos tipos de confrontaciones, por un lado, surgieron cuestionamientos en torno a la efectividad de las políticas de corte keynesiano que hasta entonces se venían aplicando, así como el desplazamiento de la visión humanista que se había estado construyendo para fundamentar el Estado del Bienestar y sus instituciones en torno al principio de solidaridad social (Gutiérrez Garza y González, 2010) donde, entre otros, surgieron enfoques teóricos como la cobertura de los costos del hombre, la teoría de la dependencia, el enfoque unificado, el enfoque de redistribución a partir del crecimiento, el enfoque de las necesidades básicas y el de las capacidades.

Por otro lado, surge el modelo neoliberal, donde las leyes del mercado juegan el papel principal en la asignación de los recursos en las economías y en el cual prevalece la hegemonía del capital financiero dejándose de lado las acciones que el Estado realizaba para tener sociedades más incluyentes, llevando esto a la ampliación de la desigualdad, no sólo entre países sino también hacia dentro de los mismos. Ante esto, surgen una serie de voces en contra de los efectos sociales causados por este modelo, impulsando la aparición de nuevas propuestas sobre el desarrollo tales como el desarrollo sustentable, el ajuste con rostro humano y la teoría del desarrollo humano, las cuales buscan darle una dimensión más social a la globalización, es decir, centrar al hombre en el desarrollo. En esta misma línea, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) propuso el concepto de trabajo decente como algo a lo que todos debemos aspirar para lograr una vida digna.

En este capítulo se plantea el enfoque del desarrollo humano y sustentable como un fundamento sobre el cual se puede asentar el concepto de trabajo decente de la OIT, para de esta manera darle el respaldo teórico del que adolece y poderlo utilizar para evaluar la calidad del

empleo en los médicos y las enfermeras del sector de la salud en México y el estado de Nuevo León.

El capítulo se divide en ocho apartados: el primero, de las teorías del crecimiento a las teorías del desarrollo; el segundo, hacia nuevos enfoques de desarrollo con una visión más humana; el tercero, nuevas propuestas sobre el desarrollo, tras los efectos de la globalización: la importancia de la teoría del desarrollo humano; el cuarto, el desarrollo humano y el desarrollo sustentable: hacia un desarrollo humano sustentable; el quinto, el programa de trabajo decente de la OIT: hacia el desarrollo de las libertades y capacidades de los trabajadores; el sexto, esfuerzos realizados para la construcción de un índice de trabajo decente; el séptimo, el trabajo decente una libertad para el desarrollo; y octavo, la conclusión.

1. De las teorías del crecimiento a las teorías del desarrollo

Una de las grandes preocupaciones contemporáneas en las ciencias sociales es entender el desarrollo de las sociedades desde una visión más humana, es decir, que integre en el análisis una concepción que incluya no sólo el aspecto económico sino también el social, el político y el cultural.

Cuando surgen los estudios sobre la economía del desarrollo en la década de los 40, estos estaban orientados principalmente a la generación de riqueza material de los países o regiones, es decir, al crecimiento de la producción de bienes y servicios, de tal forma que el crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) per cápita¹ no solamente se consideraba como el medio para alcanzar el desarrollo sino también como el fin del desarrollo mismo (Griffin, s/f), pues existía la idea de que una mayor producción disminuiría la pobreza y aumentaría el bienestar de la población. En este contexto, el trabajo solamente jugaba un papel de insumo en la economía, pues se consideraba que

¹ Es una medida de la riqueza promedio producida en un país o región, por habitante, en un periodo de tiempo determinado. Sin embargo, entre otras cosas, no da información sobre la distribución de los beneficios del crecimiento económico generado.

el crecimiento económico o de la producción de bienes y servicios estaba en función de la cantidad de factores de producción disponibles: tierra, trabajo y capital; desde esta perspectiva, las personas se consideraban solamente como un medio para lograr el desarrollo y no el fin del desarrollo.

Sin embargo, entre 1950 y 1960 se pone en debate el concepto de desarrollo, luego de que en muchos países se observa que a pesar de haber cumplido con sus objetivos de crecimiento económico los niveles de vida de la población no mejoran e incluso los problemas de pobreza, desigualdad de ingresos y desempleo son cada vez mayores (Todaro, 2003).

Apareciendo de esta forma diferentes posturas, todas orientadas hacia ver el desarrollo desde una visión más humana. En las siguientes secciones se presentan estos enfoques.

2. Hacia nuevos enfoques de desarrollo con una visión más humana

La cobertura de los costos del hombre

Un pionero en la búsqueda de nuevas propuestas de enfoques sobre el desarrollo, cuyas ideas perduran a través del tiempo, fue Francois Perroux (Guillén, 2008) quien en 1958 publicó un artículo titulado “Tres útiles para el análisis del subdesarrollo”², donde señalaba que la dependencia, la desarticulación y la no cobertura de los costos del hombre son los aspectos que mantienen a los países en el subdesarrollo.

En su libro “La economía del siglo XXe”³, publicado en 1991, Perroux sostiene que el subdesarrollo no es una etapa natural de la historia, sino que es un fenómeno históricamente fechado resultado de una acción de dominación⁴ de los países más desarrollados que durante la

² En francés es: “Trois outils pour l'analyse du sous-développement”.

³ En francés es: “l'économie du XXe siècle”.

⁴ Perroux (1969) señala que el dominio tiene que ver con la “influencia asimétrica e irreversible” de una unidad económica frente a otra ya sean empresas o naciones. Indica que hay dominio cuando la nación A depende de la nación B, pero B no depende o depende poco de A. Hay muchas formas de dominio: la colonización, dominio económico, financiero, técnico, político, etcétera.

etapa de la colonización, sus acciones de saqueo y explotación, condujeron a la desarticulación⁵ de las estructuras productivas internas prevalecientes en esos momentos en dichos países, lo que constituyó un obstáculo muy importante al desarrollo (Guillén, 2008).

Asimismo, Perroux (1991:192) señala que el subdesarrollo se caracteriza por ser una situación en la que los costos del hombre, los que “permiten la alimentación, la curación y el acceso a la cultura y a las distracciones de los hombres”, es decir, “los gastos fundamentales del estatuto humano de la vida para cada uno en un grupo determinado”, no son cubiertos para toda la sociedad. Indica que estos costos prioritarios se deben asumir por el poder público para que todo ser humano se beneficie de las condiciones fundamentales de su vida.

Para superar las diferentes formas de dominio y desarticulación que permitan alcanzar la cobertura de los costos del hombre, Perroux plantea un desarrollo más global, endógeno e integrado y define el desarrollo como la “combinación de los cambios mentales y sociales de una población que la vuelven apta a hacer crecer, cumulativa y durablemente su producto real global” (Perroux, 1991), por lo que la formación de las personas es un elemento fundamental para lograrlo.

“El desarrollo remite a las estructuras, particularmente a las sociales y mentales; bajo sus formas más eficaces consiste en un arrastre recíproco y cumulativo de las poblaciones por el aparato productivo y del aparato productivo por las poblaciones: los gustos de los consumidores y de los productores extendiéndose y afinándose requieren un aparato productivo más poderoso y más complejo: recíprocamente, este aparato, mejorado, exige trabajadores más competitivos y eficaces, es decir, mejor formados. De ahí la consecuencia de que no haya desarrollo económico sin desarrollo social y cultural, y recíprocamente” (Perroux, 1982:363).

⁵ La desarticulación en los países subdesarrollados se caracteriza por una falta de integración de la economía nacional, por la yuxtaposición de estructuras económicas, parecidas o diferentes, poco vinculadas unas con otras. Tiene que ver con que no constituyen un territorio extendido ni una red homogénea de precios, hay ausencia de flujos financieros y ausencia de propagación de la información, debido a insuficiencias en infraestructura y transporte, la diversidad étnica, de tradiciones, de usos y costumbres; el dualismo económico; el bajo nivel de instrucción, los pocos medios de comunicación, etcétera (Guillén, 2008).

Bajo esta concepción, la economía está al servicio del hombre y no de las cosas. El hombre no es solo un factor de producción, constituye el motor y el fin de la producción. De esta manera, la economía se vuelve fuente de libertad, una ciencia de la vida al servicio del desarrollo humano (Guillén, 2008).

En este enfoque, el dinero y la rentabilidad sólo pueden ser medios, de ninguna manera se consideran como fines, ya que lo importante es el hombre y su florecimiento multidimensional y solidario. Para Perroux, el desarrollo tiene que ser global (que integre todas las dimensiones del ser humano y los aspectos relacionados), endógeno (debe basarse en las fuerzas y los recursos internos de una nación y en su implementación y valorización coherente) e integrado (tiene que ver con integración plurinacional, cohesión de sectores, regiones, clases sociales). Además, considera que el desarrollo es una “obra de creación colectiva” donde los poderes público y privado juegan un papel muy importante.

Este movimiento orientado a encontrar nuevas propuestas teóricas sobre el desarrollo también existió en América Latina, iniciándose éste a mediados de la década de los sesenta.

Teoría de la dependencia

Surge como una corriente crítica intelectual que discute, desde una perspectiva de participación social, la viabilidad del modelo económico propuesto por la CEPAL⁶ debido a la lenta integración de amplios sectores de la población rural al proceso de desarrollo, así como de nuevos sectores urbanos que configuraron el fenómeno de la marginalidad y que dieron origen a movilizaciones contestatarias e insurreccionales que se identificaron con los postulados de la revolución cubana en 1959 (Gutiérrez Garza y González, 2010). Destacados estudiosos de la realidad económica y social latinoamericana (Marini, 1973; Dos Santos, 1973; Bambirra, 1978;

⁶ El enfoque cepalino sentó las bases de la teoría económica estructuralista, la cual está basada en tres ejes principales: la teoría de la economía internacional, la teoría del modelo de sustitución de importaciones y la teoría del Estado como idea-fuerza del desarrollo (Gutiérrez Garza y González, 2010).

entre otros) resaltaban en el análisis, la estrecha relación de los acontecimientos económicos y los aspectos sociales, políticos y culturales.

Esta inquietud por hacer aportaciones en esta nueva visión sobre el desarrollo también estuvo presente en los organismos internacionales.

Por ejemplo, el movimiento de reflexión crítica de la *Dependencia* tuvo una amplia capacidad de convocatoria en el proceso de reflexión y estudios de los países del Tercer Mundo, influyendo incluso a la propia CEPAL a emprender la tarea de impulsar un nuevo programa conocido como el *Enfoque Unificado*, cuyos principales exponentes fueron Graciarena (1976); Pinto (1976) y Wolfe (1982).

Enfoque unificado

Su principal aportación fue la noción de estilos de desarrollo que de manera multidisciplinaria debería incorporar: la autonomía nacional, la participación popular, lo relativo a la producción, la distribución del ingreso, la tensión entre consumo individual y consumo colectivo, la conservación del medio ambiente y la protección a las relaciones humanas que contribuyen a la solidaridad, la seguridad, la realización de la propia personalidad y la libertad. Sin embargo, la articulación de estos elementos y el avance hacia el enfoque multidisciplinario no se logró integrar en la noción de estilos del desarrollo, sino más bien se mantuvieron los análisis disciplinarios, con el mérito extraordinario de haber dejado constancia en los tempranos años de la década de los setenta de avanzar hacia el conocimiento de frontera (Gutiérrez Garza y González, 2010).

Otros organismos que se sumaron a este movimiento en busca de nuevas propuestas de desarrollo fueron la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Banco Mundial (BM), entre otros, que alzaban la voz a favor de una mejor distribución del ingreso (Griffin, s/f), de una mayor actuación en los temas sociales, incluido el empleo.

Enfoque de redistribución a partir del crecimiento

En la 11ª Conferencia Mundial de la Sociedad Internacional para el Desarrollo, celebrada en Nueva Delhi en 1969, el tema del empleo, la distribución y la pobreza nuclearon los objetivos de dicha reunión. En la conferencia, Dudley Seers, director del Instituto de Estudios del Desarrollo (IED) de la Universidad de Sussex, señaló:

“Las preguntas que hay que hacerse sobre el desarrollo de un país son, por tanto, las siguientes: ¿qué ha ocurrido con la pobreza?, ¿qué ha ocurrido con el desempleo?, ¿qué ha ocurrido con la desigualdad? Si todos esos tres problemas se han hecho menos graves, entonces se ha registrado sin duda un periodo de desarrollo en el país en cuestión. (...) Un plan que no contenga objetivos para reducir la pobreza, el desempleo y la desigualdad difícilmente puede considerarse como un plan de desarrollo.” (Bustelo, 1999:142).

En este mismo año, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), con la colaboración del IED, inició su programa sobre el Empleo Global. El programa permitió revisar el concepto de desarrollo y sus posibles alcances hacia el futuro y surgieron una serie de publicaciones en esta misma línea de pensamiento, entre ellas:

- El artículo “What are you trying to measure?” (1972), en el que Seers plantea que el desarrollo debe ser reinterpretado para tener en cuenta las tendencias no sólo del crecimiento, sino también de la pobreza, la distribución de los ingresos y el empleo.
- El informe de la OIT en 1972 “Employment, incomes and equality; a strategy for increasing productive employment in Kenya” en donde se identifica al sector informal⁷ como una importante fuente creadora de crecimiento, trabajo y ganancias para los trabajadores pobres.
- En 1974 el Banco Mundial y el IED hizo un compilado de artículos que llevaría por nombre “Redistribution with growth” en donde se promovía los fundamentos analíticos para un

⁷ Este sector era definido como aquellas empresas de trabajo intensivo de pequeña escala.

nuevo enfoque del desarrollo que profundizaba las medidas e implicaciones políticas que minimizarían el intercambio entre crecimiento e igualdad (Hidalgo, 1998).

Asimismo, en el marco de este mismo programa, la OIT organizó tres misiones: en Ceilán (actual Sri Lanka) y en Kenia en 1972 y en Colombia en 1979, donde empezó a teorizarse el problema del desempleo desde una perspectiva diferente sentando las bases de lo que posteriormente sería su contribución a los estudios del empleo y del sector informal (OIT, 1972).

La importancia de esta estrategia de redistribución a partir del crecimiento radicaba en el reconocimiento de que el crecimiento de la producción no era suficiente por sí mismo para disminuir la pobreza y alcanzar el desarrollo (Griffin, s/f).

El enfoque de las necesidades básicas

La combinación de la lucha contra el desempleo, la distribución de los ingresos y la pobreza dio lugar a un enfoque integrado sobre las necesidades básicas.

Esta nueva forma de ver el desarrollo junto con tres acontecimientos históricos, muy probablemente inspirados en Perroux, permitirían darle sustento al enfoque de las necesidades básicas. Estos acontecimientos serían: 1) el discurso de McNamara, presidente del Banco Mundial, ante el consejo de gobernadores del Banco Mundial en 1973, donde señaló cómo las poblaciones de los países en desarrollo no son capaces de asumir su propio destino y de satisfacer sus necesidades más esenciales, por lo tanto, los gobiernos de estos países deberían preocuparse en mayor sentido de las principales necesidades humanas (Hunt, 1989); 2) la Declaración de Cocoyoc⁸ (México) que fue redactada en 1974, la cual planteaba que cualquier proceso de crecimiento que no conduzca a la satisfacción -de las necesidades básicas- o que la perturbe es una parodia de la idea de desarrollo (Esteva, 1996); y 3) el informe de la Fundación Dag Hammarskjöld llamado “¿Qué hacer? ¿Otro

⁸ La declaración resalta la necesidad de la diversidad y de seguir diferentes caminos al desarrollo, así como la meta de la autosuficiencia y el requerimiento de cambios económicos, sociales y políticos fundamentales.

desarrollo?” en 1975 que plantea un “desarrollo distinto basado en la satisfacción de las necesidades, la self-reliance, la armonía con la naturaleza y los cambios estructurales.” (Rist, 2002:181-182).

En 1976, en el informe “Employment, Growth and Basic Needs: A One-World Problem” desarrollado por la Conferencia Mundial sobre el Empleo de la OIT, por primera vez se toca la idea de la satisfacción de las necesidades básicas como un objetivo del desarrollo. La OIT propuso un desarrollo que incluyera de manera explícita la satisfacción de un nivel absoluto de necesidades básicas, especialmente en los grupos más pobres de la población. Definió las necesidades básicas como aquellas que aseguran un nivel de vida mínimo que toda sociedad debería tener, especialmente los grupos más pobres. Estas necesidades básicas fueron agrupadas en cuatro categorías:

- Los requerimientos mínimos de una familia para el consumo alimentario, la vivienda y el vestido.
- El acceso a los servicios esenciales de educación, saneamiento, transporte, agua potable y salud.
- El acceso a un puesto de trabajo remunerado.
- La satisfacción de las necesidades cualitativas: un medio ambiente saludable, participar en las decisiones que afectan a la vida y al sustento de las personas y las libertades individuales. (OIT, 1976).

De acuerdo a la OIT, la cobertura de este conjunto de necesidades básicas le permiten a todos los seres humanos tener una vida física y mental mínima, y la definición de estas necesidades facilita identificar los grupos más vulnerables.

Esta estrategia de las necesidades básicas, que presenta la promoción del bienestar humano, principalmente de los pobres, como el propósito central del desarrollo, está compuesta por tres partes principales (PNUD, 1996):

- *Ingresos*. Destaca la importancia del aumento del ingreso mediante la producción eficiente con alta densidad de mano de obra en los países en que ésta abunda;
- *Servicios Públicos*. Asigna un papel fundamental en la reducción de la pobreza a los servicios públicos (la enseñanza de masas (primaria y secundaria (Griffin, s/f)), el agua potable, la planificación familiar y los servicios de salud (atención primaria de salud (Griffin, s/)) y;
- *Participación*. Comenzar a orientar la atención de la gente hacia la participación, es decir, los servicios públicos deberían ser financiados por el gobierno, con frecuencia por medio de la ayuda internacional, pero su planificación y prestación debía hacerse con la participación de los beneficiarios.

A partir de 1978, el Banco Mundial (BM) tomó el protagonismo de este enfoque y realizó diversos estudios, recopilados en la obra “Lo primero es lo primero: Satisfacer las necesidades humanas básicas de los países en desarrollo”, de Streeten, Burki, Ul Haq, Hicks y Stewart, en 1981.

En esta obra, Mahub Ul HAq destaca la necesidad de que el desarrollo se traduzca en calidad de vida, en una disminución de las desigualdades y en la eliminación de la pobreza absoluta. Además, expresa cómo este nuevo enfoque profundiza en que la vía para eliminar la pobreza debe consistir en aumentar la productividad de los pobres, pero también en que las personas tengan cubiertas sus necesidades básicas (Streeten et al, 1981).

No obstante, tanto la propuesta de redistribución a partir del crecimiento como la de las necesidades básicas se abordaron desde una perspectiva de desarrollo centrada en la producción de bienes y servicios de consumo, buscando únicamente asegurar que una parte mayor de los

beneficios derivados del aumento de la producción llegara a los grupos con ingresos más bajos (Griffin, s/f), es decir, no cambió la perspectiva de considerar los bienes como el fin del desarrollo. En el caso particular de las necesidades básicas muchos gobiernos y organismos se concentraron sólo en el segundo factor, la prestación de servicios públicos básicos, por lo que el enfoque fue criticado que era una receta para "contar, costear y entregar", equiparándola a la acción estatal: desde arriba hacia abajo. Se le criticó además porque dejó de lado algunos aspectos no materiales del bienestar humano y porque no potenció económicamente a los pobres (PNUD, 1996).

Esta visión del desarrollo centrada en el ser humano formó parte de una coyuntura histórica importante caracterizada por una expansión social de la conciencia que se manifestó en el movimiento estudiantil internacional -destacando Francia y México-, la lucha por los derechos civiles en Estados Unidos, el rechazo a la emergencia de las dictaduras militares en el Tercer Mundo (donde los teóricos de la dependencia fueron los críticos principales) y los sentimientos que provocaron las muertes por hambruna en Etiopía y Bangladesh a principios de la década de los setenta (Bustelo, 1999).

3. Nuevas propuestas sobre el desarrollo tras los efectos de la globalización: La importancia de la Teoría del Desarrollo Humano

En la década de los 80, la estrategia de las necesidades básicas pasó a segundo plano debido a que fue superada por los acontecimientos económicos vividos en gran parte de los países en desarrollo (Griffin, s/f). En esta época, la desaceleración económica, la crisis de deuda, el deterioro de los términos de intercambio, entre otros fenómenos, afectaron a muchos países, especialmente de América Latina y África. Al mismo tiempo, una serie de medidas de estabilización económica y de ajuste estructural impuestas a estas naciones, principalmente por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), llevaron a que las economías pasaran de un modelo económico proteccionista a uno de libre mercado, también conocido como Neoliberalismo, donde la finalidad

es el crecimiento económico y fueron estas medidas las que ocuparon el primer plano en el quehacer de los países (PNUD, 1996).

No obstante en algunos casos las políticas impuestas lograron el objetivo de equilibrar los presupuestos públicos, también ocasionaron un empeoramiento de la situación económica de los países recayendo el costo del ajuste en los grupos más pobres, generando aún mayor pobreza y desigualdad (Griffin, s/f). Esto, debido a que se dejaron fuera muchas medidas que anteriormente se aplicaban y que eran críticas para lograr cambiar las estructuras sociales y económicas por otras más incluyentes, tales como la reforma agraria o una redistribución radical de las instancias del poder, es decir, en este proceso se dejó de lado la preocupación por los pobres debido a que se consideraba que la pobreza era un costo de corto plazo que se debía de pagar para lograr una estabilidad de largo plazo y el crecimiento económico. (PNUD, 1996).

En el aspecto laboral, las condiciones de trabajo también sufrieron un fuerte deterioro durante este periodo. Mientras que antes de los años 80 los mercados laborales se constituían principalmente por el mercado primario de trabajo (conformado por empleos formales los cuales tenían como cobertura el Estado del bienestar), siendo el mercado secundario (empleos precarios) el subordinado (Piore, 1983 y Sotelo, 1999), con la globalización, la relación se invirtió, y el sector dominante pasó ahora a ser el mercado secundario del trabajo o el de los empleos precarios, siendo esto una expresión clara de la profundización de la desigualdad del proyecto de la globalización (Beck, 2000). Esta tendencia estructural profundizó la problemática social, aumentó la exclusión, conformando mercados de trabajo que no generan empleos ni las expectativas que requieren los trabajadores.

La precarización laboral hace referencia a un conjunto de situaciones que configuran el déficit social y se manifiesta claramente en la carencia de derechos del trabajo tipificados en la legislación, por ejemplo, la ausencia de contrato laboral y de prestaciones sociales, la existencia de salarios por debajo del salario mínimo, la no correspondencia entre trabajo calificado y salario justo,

la prolongación de la jornada de trabajo sin la correspondiente remuneración ponderada como horas extras, despido sin indemnización, entre otros elementos (Sotelo, 1999). Esta situación no solamente debilitó la cultura laboral del mundo de trabajo, sino también, el tejido social y el fortalecimiento del mercado interno, elementos esenciales para mantener la cohesión social.

Como señala Bilbao (1999), “En la década de los sesenta la norma apuntaba hacia la estabilidad. En la década de los noventa, la tendencia es hacia la precarización”.

Ante el gran deterioro de la calidad de vida de las personas y del medio ambiente sufrido durante este periodo, hubo muchas protestas sindicales, religiosas, de Organismos No Gubernamentales (ONG's), de la OIT, del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), entre otros organismos; lo que impulsó que se hicieran nuevas propuestas de reflexión teórica sobre el desarrollo.

El desarrollo sustentable

Como parte de esta reacción, en 1987 la Comisión Mundial del Medio Ambiente del Desarrollo (CMMAD) de las Naciones Unidas, presidida por la Dra. Gro Harlem Brundtland, dio a conocer el informe “Nuestro Futuro Común”, haciendo con esto una propuesta conceptual sobre el desarrollo sustentable.

En el Informe Brundtland se define desarrollo sustentable de la siguiente manera:

“Desarrollo sustentable es el desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades” (CMMAD, 1987:24).

De acuerdo al informe, la definición de desarrollo sustentable toma en cuenta dos conceptos clave: el concepto de 'necesidades', en particular las necesidades esenciales de los pobres del mundo, a las que se debe dar prioridad absoluta, y la idea de limitaciones impuestas por el estado de

la tecnología y la organización social sobre la capacidad del ambiente para satisfacer las necesidades presentes y futuras.

Asimismo indica que para lograr el desarrollo sustentable se requiere elaborar políticas que se orienten hacia ciertos objetivos críticos:

- **Revitalizar el crecimiento**: el crecimiento económico es importante para reducir la pobreza en los países, fenómeno que impide que las personas sean capaces de satisfacer sus necesidades más básicas para vivir y que a la vez reduce la capacidad de la gente para usar los recursos naturales de manera sustentable.
- **Cambiar la calidad del crecimiento**: El proceso de desarrollo económico debe tomar en cuenta no sólo los costos de producción sino también los costos de regeneración forestal y demás recursos naturales, así como las pérdidas de ingresos futuros debido a la degradación forestal y del resto de los recursos naturales. Otro aspecto que se debe considerar es la distribución del ingreso debido a que es fundamental en la eliminación o reducción de la pobreza y a la vez es un motor para el crecimiento de la demanda interna de los países reduciéndose de esta forma la vulnerabilidad de la sociedad a las crisis económicas. Asimismo, tomar en cuenta aspectos no económicos como la educación, la salud, disfrutar de agua y aire limpios, entre otros.
- **Satisfacer las necesidades humanas esenciales**: El principal reto del desarrollo es satisfacer las necesidades de la población, siendo la más básica el que cuenten con un medio de vida, es decir, con un empleo. Este debe representar una oportunidad sostenible de trabajo ya que debe de ser capaz de permitir satisfacer los estándares mínimos de consumo de los hogares. Asimismo, se requiere alimentos, energía, agua y saneamiento para toda la población.

- **Asegurar un nivel sostenible de la población:** El desarrollo sustentable puede alcanzarse más fácilmente si el tamaño de la población se estabiliza en un nivel consistente con la capacidad productiva del ecosistema.
- **Conservar y mejorar la base de recursos:** El cuidado de los recursos es necesario no solo para satisfacer el actual consumo y el que se agregaría al comenzarse a cubrir las necesidades mínimas de la población que se encuentra en pobreza y del crecimiento de la población, sino también como parte de nuestra obligación moral hacia las generaciones futuras.
- **La reorientación de la tecnología y la gestión del riesgo:** Se requiere mayor capacidad de innovación tecnológica en los países en desarrollo para responder más eficazmente a los desafíos del desarrollo sustentable, además de que se debe prestar más atención a los factores ambientales.
- **La fusión de medio ambiente y la economía en la toma de decisiones.** Es importante reconocer que existe una conexión intersectorial, es decir, entre los sectores primario, secundario y terciario, que crea patrones de interdependencia entre lo económico y lo ecológico, lo cual debería de reflejarse en las políticas que se elaboran. Muchos de los problemas ambientales y de desarrollo que existen tienen sus raíces en la fragmentación de responsabilidad sectorial, lo que debe superarse para poder lograr un desarrollo sustentable.

Además, el informe centra su recomendación en la orientación de políticas hacia las áreas de: *población y recursos humanos* (reducción de tasas de crecimiento poblacionales en los lugares donde son muy altas, el desarrollo de recursos humanos que permitan no solo generar conocimiento técnico y capacidades sino también la creación de nuevos valores que ayuden a los individuos y naciones a lograr un cambio rápido en las realidades sociales, ambientales y económicas, así como

apoyo a las poblaciones indígenas); *seguridad alimentaria* (incentivos efectivos a la producción de alimentos especialmente en los países en desarrollo, modificación de los términos de intercambio a favor de los pequeños productores, un desarrollo rural integral que aumente las oportunidades dentro y fuera de la agricultura y, otros); *especies y ecosistemas* (la diversidad de las especies es necesaria para el funcionamiento normal de los ecosistemas y la biósfera como un todo. El material genético en las especies silvestres contribuye con miles de millones de dólares anuales a la economía mundial en la forma de las especies de cultivos mejorados, nuevos fármacos y medicamentos, y materias primas para la industria; pero también existen razones morales, éticas, culturales, estéticas, y puramente científicas para la conservación de los seres salvajes); *la energía* (es necesario una generación de energía económica y ambientalmente viable que sustente el progreso humano en el futuro); *la industria* (promover el desarrollo tecnológico para producir más con menos, pero cuidando el medio ambiente) y *los asentamientos humanos* (desarrollo de estrategias de asentamientos humanos explícitas para guiar el proceso de urbanización tomando en cuenta aspectos como los impuestos, precios de alimentos, transporte, la salud, la industrialización, una mayor colaboración con los pobres, entre otros), señalando que todos ellos están conectados y no pueden ser tratados en forma aislada uno de otro.

Asimismo, el informe destaca la importancia de la *economía internacional* (a través de la satisfacción de dos condiciones: la sustentabilidad de los ecosistema de lo cual depende la economía global y términos de intercambio más equitativos); *la cooperación internacional* (mayor apoyo a los países deudores para disminuir su deuda, financiamiento a objetivos de desarrollo de más largo plazo que impacten en el crecimiento, en lo social y lo ambiental); *la administración de los bienes comunes* (como el océano, la Antártica, el espacio); *paz, seguridad, desarrollo y medio ambiente*.

De esta manera, esta propuesta busca unir las inquietudes que desde años atrás existían en torno a los problemas económicos, sociales y sobre el deterior del medio ambiente y la sobreexplotación de los recursos naturales, y permite la posibilidad de poder realizar acciones

concertadas para impulsar un modelo de desarrollo compatible con el cuidado del medio ambiente y con la equidad social (Gutiérrez Garza y González, 2010), al buscar satisfacer las necesidades básicas de todos y la ampliación de las oportunidades para todos de satisfacer sus aspiraciones de una vida mejor.

Así, esta propuesta de desarrollo sustentable se presenta como un nuevo estilo de desarrollo solidario inter e intra generacional, que requiere nuevas formas de cooperación basada en la solidaridad entre los seres humanos. *Inter generacional* porque se preocupa por la satisfacción de las necesidades de las generaciones futuras, e *intra generacional* porque destaca la importancia de eliminar la pobreza en las actuales generaciones para que de esa forma puedan satisfacer al menos sus necesidades humanas básicas que les permita disfrutar de una vida mejor, todo esto respetando el medioambiente.

De esta manera, el desarrollo sustentable evoca el principio del universalismo al señalar que la satisfacción de las necesidades de las generaciones presentes no debe comprometer la satisfacción de las necesidades de las generaciones futuras, es decir, es algo que todos deben disfrutar; además de que la sustentabilidad es un asunto de equidad distributiva, un criterio de justicia, de compartir la capacidad de bienestar entre las generaciones actuales y futuras para conservar las oportunidades de vivir vidas que valgan la pena (Anand y Sen, 1994).

No obstante, cabe señalar que de acuerdo a Williams y Millington (2004), la definición de desarrollo sustentable presentada en el Informe Brundtland está aliada a una visión del desarrollo particular que tiene que ver con los teóricos de la “sustentabilidad débil” o “ambientalismo superficial”, dado que adopta un discurso centrado en el hombre sobre la relación entre las personas y la naturaleza y donde la naturaleza se entiende como algo que puede ser controlado y administrado para el beneficio de las personas. La otra visión que estos autores presentan es la de “sustentabilidad fuerte” o “ecología profunda”, que comprende los trabajos realizados por quienes

señalan que hay que consumir menos para de esta manera adaptarnos a lo que la tierra puede dar y no a la inversa. Dentro de esta segunda visión está la propuesta del decrecimiento, la cual propone salir del consumismo e inventar o redescubrir una sociedad que se base en la autolimitación voluntaria (Achleitner, 2011).

Enfoque del Ajuste con rostro humano

En el marco de esta coyuntura histórica, también la UNICEF publicó en 1987 el documento "Ajuste con Rostro Humano", donde hizo un exhorto al Fondo Monetario Internacional (FMI) y al Banco Mundial para prestar más atención a la pobreza y a los seres humanos. Entre sus propuestas, sugirió que se mantuvieran los servicios básicos mínimos, especialmente para los más vulnerables, y que se distribuyera el costo del ajuste de manera más equitativa. El principio básico consistía en que las preocupaciones por los seres humanos no debían ser "elementos adicionales" de un mismo conjunto de políticas de ajuste; sino que debían incorporarse en un marco nuevo e integrado de desarrollo a largo plazo, centrado en las personas (PNUD, 1996).

Este enfoque constituyó un gran desafío frente a la corriente de libre mercado dominante en ese momento e hizo más que cualquier publicación anterior por "situar primero a las personas", e impulsó que el Comité de Naciones para la Planificación del Desarrollo (United Nations Committee for Development Planning) incluyera en su informe de 1988 los costos humanos del ajuste estructural (Griffin, s/f), implicando esto que los cimientos intelectuales del desarrollo humano ya estaban colocados y que había aceptación fuera de los círculos académicos. Además, esta propuesta estuvo apoyada en el trabajo teórico de Amartya Sen sobre las capacidades humanas (PNUD, 1996).

La visión de las capacidades y libertades

El enfoque de las capacidades fue presentado por Amartya Sen en el Ciclo Tanner sobre los valores humanos en la Universidad de Stanford en 1979, en su ponencia: "Equality of what?" donde, después de hacer un análisis crítico de tres enfoques que discuten el concepto moral de la igualdad: 1) la igualdad utilitaria, 2) la igualdad de la utilidad total, y 3) la igualdad de bienes

sociales primarios de Rawls y llegar a la conclusión de que los tres tienen fuertes limitaciones y que incluso no se podría crear una teoría combinándolos; presenta una propuesta alternativa de la igualdad a la que le llama “igualdad de capacidades básicas” (Sen, 1979).

En el documento, Sen señala que hay necesidades como la no explotación o la no discriminación, donde los enfoques discutidos quedan cortos, pues requieren el uso de información no capturada por estos, por lo que se puede argumentar que lo que falta en este entramado de enfoques es una noción de “*capacidades básicas*”: *una persona es capaz de hacer ciertas cosas básicas*. Por ejemplo, la capacidad de cubrir los requerimientos nutricionales de uno, de vestir y protegerse, el poder para participar en la vida social de la comunidad.

Sen interpreta las necesidades en la forma de capacidades básicas y señala que frecuentemente la interpretación de necesidades e intereses está implícita en la demanda por igualdad, por lo que a este tipo de igualdad lo llama “igualdad de capacidades básicas”.

Agrega que la noción de “igualdad de capacidades básicas” es muy general, por lo que la definición de estas capacidades está en función de la cultura, especialmente en lo que respecta a la ponderación que se le da a cada una de las diferentes capacidades (Sen, 1979).

Posteriormente, Sen enriquece esta aportación al introducir las capacidades de las personas como algo fundamental en el desarrollo. Para Sen (2000), el *desarrollo* se concibe como *un proceso de expansión de las libertades reales de que disfrutan los individuos*. Donde, la libertad es concebida como el conjunto de capacidades individuales para hacer cosas que una persona tiene razones para valorar hacer o ser (funcionamientos) y puede ser influida por el papel de los valores sociales y las costumbres vigentes en las sociedades.

Esto es, se concibe al ser humano como portador de las capacidades, se pueden dividir en *básicas* (determinadas en principio por el valor de la justicia, por ejemplo, estar bien alimentado) y

potenciales (aquellas que son deseables porque permiten alcanzar una mayor calidad de vida y en consecuencia una justicia social de mayores alcances, por ejemplo, la participación social), las cuales están fuertemente condicionadas por el entorno económico, político, social, cultural y ambiental en el que se desarrolla; por ello, para garantizar la ampliación de las capacidades del ser humano, la definición de las políticas debe incorporar tanto las necesidades individuales como las potencialidades colectivas (Sen, 1992).

Por lo que se puede decir que el desarrollo tiene que ocuparse más de mejorar la vida que llevamos y las libertades de que disfrutamos, pues la expansión de las libertades que tenemos razones para valorar no sólo enriquece nuestra vida y la libera de restricciones, sino que también nos permite ser personas sociales más plenas que ejercen su propia voluntad e interactúan con –e influyen en- el mundo en el que viven (Sen, 2000).

De esta manera, bajo este enfoque, la expansión de la libertad tiene dos roles: por un lado, es el *fin* primordial y, por el otro, es el *medio* principal del desarrollo, a lo que se le puede llamar también *papel constitutivo* y *papel instrumental* de la libertad en el desarrollo.

El *papel constitutivo* de la libertad se relaciona con la importancia de las libertades fundamentales para el enriquecimiento de la vida humana, como la libertad de sobrevivir y las libertades relacionadas con la educación, la participación política y la libertad de expresión. Se puede estructurar en tres dimensiones: i) Valor universal, ii) oportunidades y procesos y iii) compromiso social.

Por su parte, el *papel instrumental* de la libertad se refiere a la forma en que contribuyen los diferentes tipos de derechos y oportunidades a expandir la libertad del hombre en general y por tanto a fomentar el desarrollo (Sen, 2000).

No obstante la diversidad de instrumentos es muy grande, Sen (2000) describe 5 tipos distintos de libertad (a los que también se refiere como derechos y oportunidades) vistos desde una perspectiva “instrumental” (procesos), donde cada uno contribuye a mejorar la capacidad general de las personas para vivir más libremente, además de que también pueden complementarse mutuamente pues están relacionados entre sí y con los fines de la mejora de la libertad del hombre en general:

- *Libertades políticas:* se refieren a las oportunidades que tienen los individuos para decidir, investigar, criticar, sobre aspectos como la conciencia política, libertad de expresión y de prensa, y pluralismo político, los derechos de voto y las democracias, asimismo se relaciona con el derecho de participación en la elección de poderes y los derechos humanos.

- *Servicios económicos:* Se refieren a la oportunidad de los individuos de utilizar los recursos económicos para consumir, producir o realizar intercambios. En este proceso el funcionamiento del mercado es primordial así como los precios relativos y la existencia y acceso a recursos financieros (créditos, financiamiento, etcétera.) por parte de los consumidores o empresas, pues influyen de manera importante en los procesos económicos que permiten elevar el ingreso y la riqueza de un país, reflejándose a su vez en un aumento de las libertades y derechos económicos de la población siempre y cuando no sólo se considere el aumento de la renta o la riqueza como tal sino también su distribución entre la población.

- *Oportunidades sociales:* Se refiere a los sistemas de educación, sanidad, la integración y diversidad política y cultural y, el acceso a cualquier otro tipo de servicios públicos que tiene la sociedad y que influyen en la expansión de la libertad del individuo para vivir mejor. Estos servicios son importantes tanto para la vida privada (al evitar muertes prematuras, llevar una vida sana, entre otros aspectos) como para participar eficazmente en las actividades económicas, sociales y políticas.

- *Garantías de transparencia:* Se refieren a la libertad de los individuos para interrelacionarse con otros suponiendo un grado mínimo de confianza, con la garantía de la divulgación de la información y de la claridad de

ésta. Estas garantías juegan un papel fundamental pues garantizan el buen funcionamiento de todos los mecanismos sociales, económicos y políticos previniendo la corrupción, la irresponsabilidad financiera y de los tratos poco limpios.

- *Seguridad protectora*: se refiere a la red de protección social necesaria para evitar que la población que está en la miseria o vulnerable caiga en una situación aún peor debido a eventualidades. Comprende mecanismos institucionales como por ejemplo, las prestaciones o seguros por desempleo, ayudas económicas para indigentes, ayudas para aliviar las hambrunas, la generación de empleo de emergencia para proporcionar ingresos a los pobres, entre otros.

La eficacia de la libertad como instrumento reside en el hecho de que los diferentes tipos de libertad están interrelacionados y un tipo de libertad puede contribuir de manera significativa a incrementar otros (Sen, 2000). Es por estas interconexiones que el ente libre y sostenible emerge como un medio de desarrollo efectivo (Sen, s/f).

No obstante, la interconexión de las libertades debe ir acompañada de la creación y el apoyo de una multitud de instituciones, entre las que se encuentran los sistemas democráticos, los mecanismos jurídicos, las estructuras de mercado, los sistemas de educación y de sanidad, los medios de comunicación, entre otros (Sen, 2000).

Así, la perspectiva de la libertad como medio o instrumento del desarrollo consiste en que las libertades y los derechos pueden contribuir al progreso económico y social. Lo anterior tiene como base las interconexiones que se establecen entre los distintos elementos intermedios, de tal manera que un tipo de libertad puede contribuir extraordinariamente a aumentar otras, impulsando así a la larga el desarrollo humano.

El mercado, el estado y las libertades básicas

Los mercados son considerados como parte de las libertades básicas que los individuos tienen razones para valorar, pues no solamente contribuyen al crecimiento económico sino que

permiten a los individuos realizar libremente intercambios y transacciones (por ejemplo, en ausencia del mercado, el trabajo estaría considerado como esclavitud o cautivo) contribuyendo de esta forma al desarrollo, pues esta libertad desempeña un papel esencial en la vida social (Sen, 2000).

La falta de libertad económica, en forma de extrema pobreza, puede hacer de una persona una víctima indefensa de la violación de otros tipos de libertad. Puede alimentar la falta de libertad social, de la misma forma que la falta de libertad social o política pueden fomentar la falta de libertad económica (Salcedo, 1997).

De acuerdo a Salcedo (1997), para Sen, el funcionamiento de instituciones como el mercado es inherente el que las personas tomen sus propias decisiones sin interferencia de las demás, además de que el mecanismo del mercado puede funcionar bien con relación a la libertad que se refiere al papel que tienen las personas en los procesos de toma de decisión; así como a la libertad referida a la inmunidad que tienen las personas frente a las posibles interferencias de otras.

"...el argumento más inmediato a favor de la libertad para realizar transacciones de mercado reside en la importancia básica de la propia libertad. Tenemos buenas razones para comprar y vender, para intercambiar y para tratar de llevar una vida que pueda florecer gracias a las transacciones. Negar esa libertad en general sería en sí mismo un gran fracaso de una sociedad" (Sen, 2000).

No obstante, Salcedo (1997) señala que es necesario evaluar cómo se comporta el mercado en relación a la libertad como oportunidad, es decir, si el mercado es capaz de dar a las personas oportunidades reales de vivir de un modo que ellas juzguen valioso.

Esto, debido a que de acuerdo a Sen (2000) es muy diferente cuando se habla del mercado como libertad básica para que el ser humano pueda realizar las transacciones que necesita, que cuando se habla de lo que el mecanismo de mercado puede lograr en rentas, utilidades y demás.

“El papel que desempeñan los mercados depende no sólo de lo que puedan hacer sino también de lo que se les permite que hagan. El funcionamiento fluido de los mercados puede servir perfectamente a los intereses de muchas personas, pero también puede perjudicar a los intereses establecidos de algunos grupos. Si estos últimos tienen más influencia y poder políticos, pueden tratar de conseguir que los mercados no tengan el debido espacio en la economía” (Sen, 2000:153).

De esta manera, Sen reconoce que el mercado genera inequidades las cuales pueden traducirse en graves privaciones o pobreza extrema, y señala que la intervención social, la ayuda pública, entre otros, juegan un papel muy importante en su solución. Por lo que la ayuda social, las leyes o la intervención del Estado pueden enriquecer la vida humana.

El desarrollo implica el logro de la expansión de las libertades. Sin embargo, resulta difícil entender una perspectiva de libertad que no tenga a la equidad como elemento central. Si la libertad es realmente importante, no puede ser correcto reservarla únicamente para unos pocos elegidos. En este contexto, es fundamental reconocer que las negaciones y violaciones de la libertad se presentan típicamente bajo la forma de negar los beneficios de la libertad a algunos aun cuando otros tienen la plena oportunidad de disfrutarlos. La desigualdad es una preocupación central en la perspectiva de la libertad (Sen, s/f).

Por lo anterior, Sen considera que, para hablar de desarrollo se requiere equilibrar el papel del Estado así como de otras instituciones políticas y sociales con el uso de los mercados.

“Conjugar el uso general de los mercados con el desarrollo de las oportunidades sociales debe considerarse parte de un enfoque más amplio que también pone énfasis en otros tipos de

libertades (derechos democráticos, garantías de seguridad, oportunidades de cooperación, entre otras) (Sen:2000)”.

El origen de las razones para que intervenga el Estado se encuentra en la necesidad de que todas las personas cuenten con capacidades básicas, como asistencia sanitaria primaria y educación básica, que son bienes públicos. Sin embargo, reconoce que la actuación del gobierno se limita por aspectos como la carga fiscal, la política de gasto público, entre otros.

Las libertades de los individuos y el desarrollo de la sociedad

Como se dijo anteriormente, en este análisis del desarrollo las libertades de los individuos constituyen la piedra angular. Por lo tanto, se presta especial atención a la expansión de las capacidades de las personas para llevar el tipo de vida que valoran y que tienen razones para valorar.

La libertad individual es fundamental para el proceso del desarrollo de la sociedad por dos razones (Sen, 2000):

- *La razón de la evaluación.* El progreso ha de evaluarse principalmente en función del aumento que hayan experimentado o no las libertades de los individuos.
- *La razón de la eficacia.* El desarrollo depende totalmente de la libre agencia de los individuos.

Lo anterior debido a que el primer motivo para centrar la atención en la libertad es la razón de la evaluación, además de que lo que pueden conseguir los individuos no sólo depende de los mecanismos institucionales que existan para aprovechar las oportunidades económica, libertades políticas, las fuerzas sociales y las posibilidades que brindan la educación y la salud; sino también del ejercicio de las libertades por parte de los individuos (libre agencia, entendido esto como la persona que actúa y provoca cambios).

Con suficientes oportunidades sociales, los individuos pueden configurar en realidad su propio destino y ayudarse mutuamente, pues no tienen por qué concebirse como receptores pasivos de las prestaciones de programas de desarrollo, ya que la agencia libre y viable juega un papel positivo en esto.

Desde esta perspectiva, las libertades humanas permitirán que el ser humano pueda potencializar sus oportunidades y derechos por lo cual es necesario que pueda tener las libertades, tanto constitutivas como instrumentales para poder alcanzar un mayor desarrollo.

Enfoque del Desarrollo Humano del PNUD y el Índice de Desarrollo Humano (IDH)

Producto del cambio de modelo económico hegemónico y las consecuencias que estaba teniendo en las sociedades, a finales de los años ochenta las Naciones Unidas, a través del PNUD, realizaron una convocatoria e invitaron a un grupo de especialistas, entre ellos el destacado economista Amartya Sen, con el propósito de crear una nueva visión del desarrollo más orientada a mejorar la condición humana y avanzar en la construcción de un indicador para medirlo.

El resultado de ésta convocatoria fue la propuesta del PNUD de un nuevo enfoque, el Desarrollo Humano, que se define como un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de los individuos, las más importantes de las cuales son una vida prolongada y saludable, acceso a la educación y el disfrute de un nivel de vida decente. Otras oportunidades incluyen la libertad política, la garantía de los derechos humanos y el respeto a sí mismo (PNUD, 1990).

De acuerdo a este enfoque, la prosperidad económica contribuye a mejorar las elecciones de la gente permitiéndoles llevar una vida más satisfactoria, pero aspectos como la educación, la salud y otros factores son componentes directos del desarrollo pues influyen las libertades efectivas de que gozan los individuos y amplían las capacidades y opciones para que las personas puedan ser y lograr hacer lo que valoran.

“Si se juzga la libertad por nuestra capacidad para vivir del modo en que uno elegiría, entonces el espacio de los bienes no es el espacio adecuado para la valoración de la libertad”.”Es más sensible juzgar la libertad como oportunidad en términos de capacidad para conseguir resultados valiosos que simplemente por la posesión de bienes” (Sen, 1997:143).

Asimismo, la perspectiva del desarrollo humano se caracteriza por contener el principio del universalismo, es decir, reconoce que todas las personas tienen el mismo derecho a la capacidad básica de vivir vidas que valgan la pena (Anand y Sen,1994).

Este nuevo enfoque dio un importante giro al transitar de una visión economicista centrada en el tener (dinero y mercancías) hacia una visión holística centrada en el ser (bienestar y capacidades de los seres humanos) (Sen y Nussbaum, 1993).

Ya que para Sen (2000) el crecimiento del PIB solamente es un medio para alcanzar el desarrollo. Por ejemplo, señala que se ha encontrado que aunque los países crezcan rápidamente esto no necesariamente se traducirá en una mejora de las condiciones de vida de las personas pues, no obstante un aumento del PIB involucra una expansión del ingreso privado lo que a su vez tiene una importancia instrumental en la mejoría de las capacidades básicas, la eficacia de su impacto dependerá de cómo se distribuyan esos ingresos generados. Además, el impacto de esa mejora en la economía en el bienestar social dependerá más bien del uso que se le dé al ingreso extra generado, es decir, si se destina a servicios sociales como la educación pública, la protección de la salud, la reducción de la pobreza y demás, actividades que contribuyen de manera efectiva a ampliar las libertades de las personas y de la sociedad en general pues se traduce en una mayor esperanza de vida, menor mortalidad infantil, menor analfabetismo, de hecho, en un mayor desarrollo humano (Anand y Sen, 1994).

De esta forma, la expansión de las capacidades humanas básicas está en función de la manera como se empleen los beneficios del crecimiento, en cómo se comparten con los pobres, así

como en la medida en que los recursos se destinan al apoyo de servicios públicos, y no del crecimiento económico como tal.

No obstante, en este enfoque se reconoce que un componente fundamental del desarrollo humano es que las personas cuenten con un medio seguro de ganarse el sustento, por lo que se debe impulsar el empleo como prioridad máxima, siendo el pleno empleo un objetivo viable (PNUD, 1996), y por consiguiente la calidad del mismo.

De la convocatoria del PNUD también resultó la propuesta de un nuevo instrumento de medición que complementa al PIB, conocido como el Índice de Desarrollo Humano (IDH), el cual no solo permite la comparación entre los países, sino que además impulsa cambios estructurales e institucionales, a fin de que los individuos puedan tener la libertad de anhelar la realización de sus justas aspiraciones en la sociedad en que viven (PNUD, 1990).

El *Índice de Desarrollo Humano (IDH)* mide el desarrollo humano medio alcanzado por un país, o región, en tres aspectos esenciales vinculados a los derechos del hombre (como sostiene Perroux) y a las libertades y capacidades humanas planteaas por Amartya Sen:

- Longevidad: representado por la esperanza de vida al nacer, cuya importancia radica en que se considera que tener una vida prolongada es algo valioso por sí mismo y en que varios beneficios indirectos como una adecuada nutrición y buena salud están estrechamente relacionados con una mayor esperanza de vida.
- Conocimiento: mide el acceso a la instrucción y se compone de dos indicadores⁹: la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta de escolarización para todos los niveles, esto debido a que la alfabetización es el primer paso en el aprendizaje y la construcción de conocimiento, por lo que también se consideran los logros en la educación en los diferentes niveles.
- La posibilidad de disponer de un nivel de vida decente: se mide a través del PIB por habitante. Se utiliza como el logaritmo del ingreso o PIB per cápita considerando

⁹ El primero de ellos tiene una ponderación de 2/3 y el segundo de 1/3, de acuerdo a la metodología de cálculo.

que el indicador debe reflejar los rendimientos decrecientes al transformar el ingreso en capacidades humanas. En otras palabras, las personas no necesitan recursos financieros excesivos para tener un nivel de vida decente (PNUD, 1990).

El valor obtenido del IDH se puede interpretar en tres estratos: Aquellos países que tienen un índice mayor a 0.80 tienen un desarrollo humano elevado; los que oscilan entre 0.50 y 0.79 tienen un desarrollo humano medio y los que tienen un índice inferior a 0.50 tienen un desarrollo humano débil.

El IDH es publicado anualmente por el PNUD desde 1990. Estos informes pretenden, como se señaló antes, responder a la necesidad de desarrollar un enfoque global para mejorar el bienestar humano, tanto en los países ricos como en los países pobres, y abordar un nuevo enfoque que coloque al individuo, sus necesidades, sus aspiraciones y sus capacidades, en el centro del esfuerzo del desarrollo.

Cabe destacar que este índice sólo se ocupa de ver el grado en el que se ha dado la cobertura de estas libertades humanas en cada país, pero no hace referencia a la calidad de los mismos, por ejemplo, aunque el índice de cobertura en educación en México fue alta, de 0.83 en el año 2004 (PNUD, 2007), la calidad de la misma deja mucho que desear. Como señala Ancer (2011:120) sobre la educación básica en México:

“La educación básica ha registrado aciertos incuestionables en cobertura, que se ubica arriba del 90% en este segmento de edad (...). Sin embargo, se reconoce que no se ha avanzado lo suficiente en relación con la calidad (...).”

Al paso del tiempo, esta visión sobre el desarrollo humano ha sido ampliada mediante ajustes de carácter regional, de género, pobreza y medio ambiente¹⁰, incluyendo aspectos como: a)

¹⁰ En 1995 el PNUD presentó dos indicadores relacionados con el género con la finalidad de avanzar hacia la igualdad en la condición de los sexos; mientras que en 1999 este espectro de indicadores se incrementó al incorporarse una visión sobre la pobreza (PNUD, 1995 y 1999), en 2001 el PNUD incorporó al IDH el factor

la potenciación, que tiene que ver con el aumento de la capacidad de la gente lo que lleva a la ampliación de las opciones y con ello a una mayor libertad, por ejemplo, la gente puede ejercer pocas opciones si no está protegida por ejemplo contra el hambre y la privación; b) *la equidad*, tiene que ver con la existencia de equidad en las capacidades básicas y las oportunidades en la gente implicando esto que puede haber una distribución desigual otorgando más al más débil; c) *sustentabilidad*, entraña consideraciones de equidad intergeneracional basadas en la ausencia de pobreza y privación, es decir, lo que se necesita sostener es la oportunidad de las personas de plasmar libremente su capacidad básica; se enfatiza la necesidad del crecimiento, pero un crecimiento con empleos, con protección del medio ambiente, que potencie a la persona, un crecimiento con equidad y; d) *seguridad*, tiene que ver con los diferentes riesgos a los que la gente está expuesta de manera constante como la delincuencia, violencia, desempleo siendo este último un aspecto muy importante de inseguridad pues debilita el derecho de la gente a tener ingresos y otras prestaciones por esto, un componente fundamental del desarrollo humano es tener un medio seguro de ganarse el sustento, buscar que las políticas impulsen el pleno empleo (PNUD, 1996).

Cabe señalar la importancia de esta contribución al pensamiento económico, pues centra su reflexión en la habilidad que tiene una sociedad para brindar a la población el conjunto de capacidades que le permitan acceder a mejores oportunidades de bienestar social que lleven al desarrollo, y no sólo en el crecimiento económico.

4. El desarrollo humano y el desarrollo sustentable: Hacia un desarrollo humano sustentable

Una vez referidas las principales ideas de los enfoques del desarrollo sustentable (basado en el Informe Brundtland) y el desarrollo humano, donde el primero define desarrollo sustentable

de sustentabilidad ambiental representado por los valores de emisiones de dióxido de carbono y eficiencia energética, como un elemento a considerar en la evaluación del desarrollo humano y de la calidad de vida, y en 2002 hizo una primera publicación sobre el desarrollo humano específicamente para México (PNUD, 2001 y 2002).

como el desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades (CMMAD, 1987); y el segundo indica que el desarrollo se concibe como un proceso de expansión de las libertades de que disfrutaran los individuos para hacer cosas que tienen razones para valorar hacer o ser (PNUD, 1990); se puede señalar que ambos enfoques comparten una serie de características.

En primer lugar, ambos ponen al ser humano en el centro de sus reflexiones, es decir, son los destinatarios del desarrollo y hacen referencia al principio del universalismo, a que el desarrollo es algo que todas las personas debe disfrutar; en segundo lugar, las dos perspectivas comparten la postura de que la educación, la salud, el tener una vida y empleo digno y el crecimiento económico son medios importantes para lograr un desarrollo más justo, desde su visión respectiva, ya que permiten aumentar las capacidades, las libertades y por lo tanto la equidad entre las personas para que de este modo puedan hacer lo que más valoran, desde una perspectiva intergeneracional, e intrageneracional, además de que aumentan la educación y la concientización sobre la sustentabilidad. Así mismo, coinciden en la importancia del cuidado del medio ambiente para el logro del desarrollo.

Como señalan Anand y Sen (1994:3), “Quizás el mejor argumento a favor de priorizar la protección del medio ambiente es la imperativa ética de garantizar que las generaciones futuras disfruten de las mismas oportunidades de vivir vidas que valgan la pena que las generaciones de hoy (...), esta es la idea central detrás de la demanda de “desarrollo sostenible” y es una idea con muchas implicaciones. Pero la meta de sostenibilidad, que se reconoce cada vez más como legítima, no tendría mucho sentido si las oportunidades de vida que deben ser “sostenidas” en el futuro fuesen miserables e indigentes. Sostener la privación no puede ser nuestra meta; no deberíamos negarle a los menos privilegiados de hoy la atención que le prestamos a las generaciones futuras”.

“Así, no se puede pensar en equidad intergeneracional sin pensar igualmente y antes en la equidad intrageneracional”.

En este sentido, tanto el desarrollo humano como el desarrollo sustentable consideran al empleo digno como un elemento esencial para el logro del desarrollo, pues es principalmente a través de este que las personas pueden satisfacer sus necesidades esenciales, a la vez que incentiva el consumo doméstico y permite, junto con la educación, disminuir las tasas de natalidad, de pobreza y un mayor cuidado del medio ambiente.

Adicionalmente, ambos enfoques comparten la idea de que el logro del desarrollo humano y la sustentabilidad no se pueden dejar completamente al mercado debido a que este produce inequidades, además, Anand y Sen (1994) señalan que el universalismo obliga al estado a servir como fideicomisario de los intereses de las generaciones futuras y actuales pues es a través de éste que se puede lograr proteger el medio ambiente y los recursos naturales contra un despojo descuidado.

Además de que la complementariedad entre la agencia humana y el apoyo institucional también juegan un papel central en el desarrollo de las oportunidades y logros individuales así como en la capacidad de vivir vidas satisfactorias que valgan la pena inter e intrageneracionalmente.

De esta manera, ambos enfoques pueden unirse en un solo concepto: el desarrollo humano y sustentable, al compartir la misma preocupación de lograr un desarrollo más justo y perdurable tanto en las generaciones actuales como en las futuras, lo cual lleva implícito en un sistema productivo como el actual el cuidado del medio ambiente y los recursos naturales del planeta, así como el que un elemento esencial para el cumplimiento de un desarrollo humano y sustentable debería ser que todo ser humano cuente con un empleo digno con el que pueda ejercer sus libertades.

Esto viene a reafirmarse con lo señalado por el Administrador del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), J. Speth, en su ponencia “Building a new UNDP: Agenda for Change” presentada hacia el pleno del PNUD en 1994:

“El desarrollo, por supuesto, debe ser un proceso integrador, un proceso que reúna el entendimiento y las aspiraciones que se reflejan en los conceptos “desarrollo humano” y “desarrollo sustentable”. Esta fusión, debe ocurrir conceptual y operativamente, debe tener un nombre (...) “desarrollo humano sustentable”, una unión natural de las dos palabras.” (PNUD-DP, 1994:5).

Definiendo esta nueva perspectiva del desarrollo como sigue:

“el desarrollo que no sólo genera crecimiento económico, sino que distribuye sus beneficios equitativamente; regenera el medio ambiente en lugar de destruirlo; potencializa a las personas en lugar de marginarlas. Da prioridad a los pobres, ampliando sus opciones y oportunidades, y prevé su participación en las decisiones que les afectan. Es un desarrollo que está a favor de los pobres, a favor de la naturaleza, a favor del empleo digno, a favor de la democracia, a favor de la mujer y a favor de la niñez.” (PNUD-DP, 1994:5).

Asimismo, en el documento se señalan una serie de aspectos importantes para lograr el desarrollo humano sustentable: la eliminación de la pobreza y fomento de la seguridad humana, promoción del empleo digno y productivo, avances en los derechos de las mujeres, protección y potenciación de los grupos más vulnerables, protección y regeneración del medio ambiente, crecimiento económico sostenible y distribución equitativa de sus beneficios, sensibilidad a la diversidad cultural y transferencia de tecnología ambiental.

Así, el desarrollo humano sustentable, resultado de la combinación de los enfoques del desarrollo humano y el desarrollo sustentable, se convierte en una nueva forma de ver el desarrollo, donde se mantiene al hombre en el centro de la reflexión, pero la expansión de sus libertades a nivel inter e intrageneracional se sujeta a la preservación del medio ambiente y la equidad, como también

lo señala Clark (1995), y donde también un elemento esencial es la disponibilidad de empleos dignos.

5. El Programa de Trabajo Decente de la OIT: hacia el desarrollo de las libertades y capacidades de los trabajadores

En el marco de este proceso de formación de una nueva cultura civilizatoria donde teoría e historia van configurando nuevos escenarios de conocimiento y realidades sociales, y luego de reconocer que las fuerzas del mercado han actuado de manera desigual en la sociedad, incluso en el mercado de trabajo, la Organización Internacional de Trabajo (OIT) adoptó en su 87ª Reunión, en el año de 1999, el *programa de Trabajo Decente*¹¹ definiendo este concepto como el “trabajo productivo en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad, en el cual los derechos son protegidos y que cuenta con remuneración adecuada y protección social” (OIT, 1999:4). A lo que Amartya Sen, referenciaba como las libertades y capacidades humanas constitutivas para transitar hacia un desarrollo humano.

En la memoria del director general de la OIT, Juan Somavia, de la 87ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (CIT), donde se propuso el programa de trabajo decente, se señaló que era necesario darle una dimensión social a la globalización debido a que ésta ha ocasionado efectos importantes en la sociedad ya que las fuerzas del mercado son las que han actuado principalmente en los avances económicos, dejando de lado el papel que venían jugando el Estado, los sindicatos, el ámbito empresarial y de otros agentes de la sociedad civil ocasionando con esto beneficios y riesgos de manera desigual en la sociedad. Agregando que la importancia de darle un enfoque social a la globalización también se debe a que las mayores posibilidades de elección de

¹¹ Aun cuando la noción de Trabajo Decente fue presentada por primera vez por la OIT en 1999, los elementos que definen y enmarcan a este concepto han estado presentes desde la constitución de la OIT en 1919 donde se hace referencia a principios fundamentales como: las libertades sindicales, garantía de un salario adecuado, la protección social y el tripartidismo (OIT, 1919); así como en la Declaración de Filadelfia (OIT, 1944), en la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por las Naciones Unidas en 1948 (ONU, 1948). En México, también están contenidos en la Constitución Política (UNAM, 2010) y en la Ley Federal del Trabajo (LFT, 2010).

consumo, del acceso al saber y los medios de comunicación ocasionan que los individuos y las instituciones sociales pasen de ser solo sujetos a ser actores en potencia de la mundialización, pues las preferencias sociales influyen en el funcionamiento del mercado y afectan el prestigio de las empresas.

Esta promoción del trabajo decente se haría a través de cuatro objetivos estratégicos: a) la promoción de los derechos fundamentales en el trabajo; b) la promoción del empleo; c) la protección social contra las situaciones de vulnerabilidad; y d) el fomento del diálogo social (OIT, 1999).

Objetivos que, bajo el planteamiento del desarrollo humano de Amartya Sen, pueden enmarcarse dentro de las libertades instrumentales de las oportunidades sociales, los servicios económicos, las garantías de transparencia y de protección del Estado, cuyo cumplimiento permitirá que la sociedad transite hacia un trabajo decente y por lo tanto hacia el desarrollo humano.

Es decir, la noción de trabajo decente se integra por los siguientes componentes (OIT, 1999:15-16): trabajo productivo; con protección de derechos; con ingresos adecuados; con protección social y; con presencia del tripartismo y del diálogo social.

Posterior a la 87a reunión de la OIT, ésta organización elaboró varios documentos¹² donde se profundiza en el concepto. Así mismo, en la Memoria del Director General a la 89ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo en el 2000, se presenta que el trabajo decente debe entenderse como un concepto integrador en cuya realización es necesario combinar aspectos relativos a los derechos, el empleo, la protección y el diálogo social en un todo, además, debe

¹² En el documento “Trabajo Decente y protección para todos. Prioridad de las Américas” elaborado en 1999 se profundiza en el concepto definiéndose al Trabajo Decente “como un empleo de calidad que respete los derechos de los trabajadores y a cuyo respecto se desarrollen formas de protección social” (p. ii). En el 2000, en el documento “Globalizing Europe. Decent work in the information economy. Report of the Director General” se define al Trabajo Decente como “el trabajo productivo en el cual los derechos son respetados, con seguridad y protección y con la posibilidad de participación en las decisiones que afectan a los trabajadores” (pág. 10).

constituir una meta, un marco para la definición y actuación de políticas, un método de organización de actividades y programas, y una plataforma para la asociación con otras entidades (OIT, 2000: párrafo 1.1 y 3.5).

Este concepto de la OIT ha trascendido de tal forma que en el informe del PNUD del 2000 se señalaba que una de las libertades del ser humano es la libertad de tener un *trabajo decente*, sin explotación, pues permite que la gente pueda adquirir los bienes y servicios que necesita, potencia socialmente a las personas, aumentando su dignidad y autoestima y puede potenciar a la gente políticamente permitiendo influir en las decisiones en el lugar de trabajo y fuera de él (PNUD, 2000), así mismo, indicaba que el *trabajo decente* no sólo es una meta del desarrollo sin también es un derecho humano.

Asimismo, el *trabajo decente* se ha elevado a un nivel de prioridad internacional, regional y nacional, como se puede observar en el documento final de la Cumbre Mundial 2005, de las Naciones Unidas, donde los dirigentes definieron el *trabajo decente* como un objetivo nacional y mundial para lograr una globalización justa y como parte del esfuerzo para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, pues cada vez más la comunidad internacional que se ocupa del desarrollo se da cuenta de que el empleo decente es el camino para disminuir la pobreza; asimismo, fue un tema en la serie de sesiones de discusión de alto nivel en el Consejo Económico y Social (ECOSOC) en el 2006 (OIT, 2006).

De esta manera, *el trabajo decente* es una libertad constitutiva que todo ser humano tiene derecho a tener para poder potencializar sus oportunidades laborales y sociales, y transitar hacia un desarrollo más digno. Está enmarcado por cuatro objetivos estratégicos o libertades instrumentales que permiten que el ser humano tenga la aspiración de tener un empleo equitativo, libre y con alto sentido de protección social: promoción de los derechos fundamentales en el trabajo, la promoción del empleo, protección social y fomento del diálogo social.

No obstante lo ya señalado, se puede mencionar que el término trabajo decente es un concepto en construcción, de carácter integrador y de amplio contenido ético y de justicia social. Así, varios investigadores que han tratado de abordar este concepto.

Entre los que han abordado e interpretado este término destaca Amartya Sen (2000), quien señala que este concepto tiene un sentido universal, ya que alcanza a todos los trabajadores, asimismo, permite a la vez realizar análisis económicos y éticos: “Es, sin duda, un objetivo de gran calado, puesto que abarca a todos los trabajadores, sea cual sea el modo y el sector en donde trabajen: el trabajo asalariado, por cuenta propia y a domicilio, ya sea en la economía regular o en el sector no estructurado (informal)” (2000: 130).

Y además agrega:

“La segunda característica conceptual en que se debe insistir es la idea de los derechos. Además de trazarse los objetivos generales de la OIT, el ámbito del razonamiento práctico se extiende más allá de la suma de estos objetivos, para defender el reconocimiento de los derechos de los trabajadores. Lo que confiere especial significación al planteamiento es que no se limita a los derechos plasmados en la legislación laboral vigente, ni a la tarea (...) de establecer nuevos derechos jurídicos mediante leyes nuevas. El marco que se establece parte de la idea de que existen algunos derechos fundamentales que deben reconocerse aunque no estén proclamados en la legislación porque son consustanciales a toda sociedad decente”. (2000:133).

Asimismo, Sen señala que con el trabajo decente se busca hacer conciencia de que no sólo es importante la existencia de empleos sino también que estos sean de calidad:

“Se trata de evaluar estas preocupaciones con una visión amplia, para que las soluciones contra el desempleo no se utilicen como motivo para liquidar las buenas condiciones de trabajo de los que ya tienen empleo, ni tampoco se utilice la protección de trabajadores que ya tienen empleo como excusa para mantener socialmente excluidas del mercado de trabajo a las personas desempleadas” (Sen, 1999:4).

En esta misma línea de reflexión encontramos a Ghai (2003), quien contempla al trabajo decente como un mecanismo que promueve los derechos y la seguridad del trabajo, libertades instrumentales. En sus estudios hace referencia a que el trabajo decente es un modelo aplicable a todas las sociedades ya que es voluntad general de los pueblos oponerse al trabajo forzoso e infantil, a la falta de libertad, de discriminación y a las condiciones precarias en un sentido amplio. De esta manera, este concepto presenta un sentido de aspiración universal.

Se suman, Egger y Sengenberger (2002) quienes plantean que el término trabajo decente puede caracterizarse como un anhelo de la gente, como metas o propósitos a ser cumplidos, o bien como plataforma para el diseño de políticas. Por su parte, Espinoza (2003) sugiere que el trabajo decente es una matriz que integra diferentes aspectos relacionados con la calidad y cantidad de los empleos, pero también, y de manera fundamental, a las relaciones sociales y en última instancia al tipo de sociedad y de desarrollo al que se aspira y se tiene como objetivo.

Asimismo, Martínez (2005) indica que es un concepto que se diferencia del empleo de calidad o de un buen trabajo (representados por un trabajo bien remunerado y con aceptables condiciones materiales) debido a su carácter multidimensional ya que agrega a la dimensión económica (cubierta con los indicadores de un buen empleo o de un empleo de calidad) nuevas dimensiones de carácter normativo, de seguridad y de participación que permiten reglas de juego claras, justas y adecuadamente reguladas y autoreguladas, las cuales otorgan al trabajador

protección en casos como el despido, la enfermedad, la inactividad por razón de edad y permiten que los trabajadores puedan ejercer sus derechos sin miedo a ser despedidos de sus empleos.

Al igual que Sen (2000) y Gahi (2003), Zubero (2007:19) señala que “la decencia necesariamente remite a un planteamiento de universalidad”. Además agrega que el mercado de trabajo es una institución social, dado que trabajar no sólo es producir o vender la fuerza de trabajo sino que esto se hace bajo un marco de normas sociales que definen lo que es empleo y lo que no es, lo que es un buen empleo y lo que no es, lo que es ser un buen trabajador y lo que no; y se da en un marco de regulación legal. Por lo que, mirándolo de esta forma, esa norma social es la que ha cambiado profundamente en las últimas décadas, pasando de una norma que apuntaba a la estabilidad en los años sesenta a una tendencia hacia la precarización en la década de los noventa con el neoliberalismo, siendo esta la nueva norma social de empleo. De ahí que al hablar de trabajo decente se hace referencia a la necesidad de cambiar las condiciones institucionales que en la actualidad permiten y justifican la humillación, la precarización, de los trabajadores.

De esta manera, el trabajo decente reivindica al trabajo como una parte primordial de la trayectoria personal de vida, pues es una libertad constitutiva del desarrollo humano, a la cual le dedicamos gran parte de nuestro tiempo, pero además, tiene como atributo ser pilar de integración social y, en lo individual, es un elemento central de la autoestima personal vinculada a la realización de las preciadas aspiraciones. Contar con la oportunidad de acceder a un *trabajo decente* constituye un acto de libertad que la sociedad y sus instituciones son responsables de proveer (Anker, Chernyshev, Egger, Mehran y Ritter, 2003).

En síntesis, la OIT, al hablar de trabajo decente se refiere al conjunto de oportunidades y capacidades que los individuos tienen derecho de alcanzar en la sociedad para poder tener acceso a la equidad, libertad, seguridad y dignidad, un conjunto de derechos sociales cuya responsabilidad real es de la sociedad.

De esta manera, la propuesta de trabajo decente hace una amplia convocatoria a los distintos actores que participan en la sociedad para impulsar la regulación de factores económicos, institucionales, políticos, sociales e individuales que influyen en las condiciones de trabajo, dado que el mercado no lo puede hacer solo, y está en completa sincronía con la teoría del desarrollo humano.

Es así como la noción de trabajo decente ha significado una ruptura con las condiciones actuales de las relaciones laborales que han sido provocadas por la globalización económica, permitiendo incluir en el debate laboral, cuestiones claves como: la libertad de expresión y participación, la equidad, el derecho al trabajo y la protección social. Desde esta perspectiva, lo ético es tener acceso a un trabajo y que éste sea decente, es decir, que garantice las condiciones materiales necesarias que el empleo debe generar: salud, alimentación, vivienda, así como, las condiciones esencialmente humanas: educación, recreación y cultura.

En consecuencia, trabajo decente se ha convertido en una herramienta de cambio respecto a las tendencias deterministas de los mercados globales y abre una amplia perspectiva al reconocimiento de los derechos sociales del hombre y de la importancia de las instituciones para lograrlo, teniendo esto su principal expresión en la ampliación de las libertades y capacidades de los individuos y de la sociedad en su conjunto.

Para todo ello, la OIT, al igual que lo ha hecho el PNUD con el IDH, se está esforzando en la construcción de un índice que cuantifique el *trabajo decente*, pues el desafío, desde el punto de vista conceptual y analítico, es encontrar la forma de integrar de la mejor manera posible el análisis de las condiciones de empleo así como el respeto a los derechos y principios fundamentales en el trabajo, con miras al logro del *trabajo decente*, de tal forma que sea una guía de política pública orientada a la expansión de las capacidades de las personas, es decir, al desarrollo.

El trabajo decente y la educación

Desde la propuesta del trabajo decente, la educación es uno de los aspectos que permite que las personas puedan acceder a éste, además de que brinda la posibilidad de liberarlas de la pobreza y la marginación. Esto, debido a que la educación en la conceptualización del mercado aumenta la productividad de las personas, mejorando con ello sus oportunidades de obtener ingresos en el trabajo, la movilidad social y laboral.

De acuerdo a la Conferencia Internacional del Trabajo (CIT), (2003):

“La educación (...) es un medio para potenciar a las personas, mejorar la calidad y la organización del trabajo, aumentar la productividad y los ingresos de los trabajadores, fortalecer la capacidad competitiva de las empresas y promover la seguridad en el empleo, y la equidad y la inserción sociales. Por consiguiente, la educación y la formación son la piedra angular de un trabajo decente”.

Asimismo, la educación contribuye al desarrollo económico siendo de esta forma un elemento importante en el logro del pleno empleo pues contribuye a elevar la productividad y la innovación en las empresas permitiéndoles un mejor posicionamiento en la competencia global. Además de ser uno de los factores que contribuye a una mayor equidad social.

Como señala OIT (1999:39):

“Ninguna sociedad puede prosperar en un entorno mundializado si quienes lo componen carecen de los *conocimientos teóricos y prácticos* adecuados, que son imprescindibles no solamente para mantener la competitividad y disponer de empresas adaptables y productivas, sino también con miras al pleno desarrollo personal y social”.

Además, la educación también influye en algunos de los elementos esenciales del trabajo decente, lo cuales a su vez también promueven una mayor participación del individuo en la sociedad, tales como: la igualdad o no discriminación, la empleabilidad, la protección social (la educación disminuye el riesgo de exclusión ante el crecimiento de la sociedad del conocimiento y el

avance de la edad en los trabajadores), el derecho a condiciones de trabajo dignas, a una remuneración justa, a participar en el diálogo social (Cinterfor, 2001)

De esta manera, la educación no solo es un elemento importante para acceder a un trabajo decente, sino que también ayuda a crear el entorno que lo hace factible.

“No habrá trabajo decente sin democracia, justicia social y ciudadanía. Y no habrá nada de esto sin educación (...)” (Cinterfor, 2001:20).

6. Esfuerzos realizados para la construcción de un Índice de Trabajo Decente (ITD)

Hasta la fecha no existe una metodología única para medir el nivel del trabajo decente que sea ampliamente aceptada, tal como sucede con el Índice de Desarrollo Humano (IDH). Lo anterior, debido entre otras cosas a las diferencias en las legislaciones de los países y la cultura laboral. Sin embargo, en los últimos años, en el marco de este programa, se han presentado una variedad de propuestas relacionadas al cálculo del ITD:

1. Un primer esfuerzo se publicó por la OIT (2001), para el período 1990-2000, que permitió contar con una visión de la situación laboral de 15 países de América Latina, entre ellos México. Para la construcción de este índice se tomaron como base los siguientes componentes: empleo, ingresos y protección social. El índice tiene 2 componentes. El primero refleja el nivel absoluto del desarrollo del trabajo decente y mide la evolución de los indicadores de cada país respecto de sí mismo en el tiempo. El segundo refleja un nivel relativo del desarrollo del trabajo decente y se obtiene al comparar la posición de cada país respecto al resto en un periodo determinado. En la primera, se hizo un análisis de las mejoras y empeoramientos de los indicadores, situando el criterio exclusivamente en el sentido y no en la magnitud del cambio. Por otra parte, se ponderaron los resultados por indicador y luego se sumaron los puntajes, lo que permitió clasificar a los países por grupos: los que mejoraron mucho, poco, nada, o empeoraron algo o mucho. De acuerdo a

los resultados de este estudio, México en 1990-2000 se encontraba en un nivel alto en lo que respecta a la medición del trabajo decente (ver cuadro 1), sin embargo, al analizar la evolución del ITD de 1990 al 2000, México presentó una disminución de este índice, debido principalmente a que durante esos años se dio un incremento en el desempleo y en la informalidad, así como un deterioro en el poder adquisitivo de los salarios.

Cuadro 1. América Latina: Países seleccionados. Evolución nivel absoluto del Trabajo Decente según niveles, 1990-2000

Nivel relativo de progreso laboral en 1990	País	Variación 1990-2000
Mayor	Brasil	-
	Costa Rica	+
	México	-
Medio-Alto	Argentina	-
	Chile	+
	Panamá	+
	Uruguay	-
Medio	Ecuador	-
	Venezuela	-
Medio-Bajo	Colombia	+
	Honduras	+
	Perú	0
	Bolivia	0
Bajo	El Salvador	+
	Paraguay	+

Fuente: OIT, Panorama Laboral 2001

Nota: (+) Mejora el índice de trabajo decente; (0) se mantiene el índice de trabajo decente; (-) empeora el índice de trabajo decente.

- Al siguiente año, la OIT (2002) presentó nuevas mediciones en las que se incorporaron nuevos indicadores que abarcaron las cuatro dimensiones estratégicas del trabajo decente: el cumplimiento de las normas, la calidad del empleo, la protección social, y el diálogo social. En este nuevo análisis se tomó en cuenta a 19 países, incluido México, y el período 1990-2000 se desdobló en dos subperíodos 1990-1995 y 1996-2000, igual que en el 2001, el análisis se hizo bajo los dos componentes: absoluto y relativo.

3. Otra propuesta fue la de Dahram Ghai (2003) quien hizo un ejercicio utilizando datos de 22 países de la OCDE, donde para hacer el análisis procedió como sigue, respecto de cada indicador se le asignó a los países una puntuación del 1 al 22 en la que 1 representa el mejor resultado, promediando las clasificaciones de cada dimensión para obtener el índice de esa dimensión, atribuyendo una misma ponderación a los distintos elementos. De la misma manera se promediaron los índices de las cuatro dimensiones para obtener el índice de trabajo decente. Posteriormente, los países se clasificaban del 1 al 22, donde el 1 representa el mejor resultado.
4. Bescond, Chataignier y Mehran (2003) presentaron una selección de siete indicadores que se pueden calcular en varios países, para medir el déficit de trabajo decente. Para ello recurre a la metodología de la media recortada.
5. También, Anker (2003) hace su aportación al presentar una propuesta de una serie de 30 indicadores para tratar de medir el trabajo decente, con la finalidad de establecer las bases para la creación de un conjunto de indicadores básicos de la OIT, relativos al trabajo decente. Los indicadores propuestos se encuentran dentro de 10 categorías de medición. Estas categorías abarcan las seis facetas que Anker señala como trabajo decente: a) oportunidades de trabajo, b) trabajo en condiciones de libertad, c) trabajo productivo, d) equidad en el trabajo, e) seguridad laboral y f) dignidad laboral.
6. Por otra parte, expertos de OIT Costa Rica, redefinieron los indicadores de acuerdo a la distinción siguiente, “trabajo decente es aquella actividad productiva, justamente remunerada, que se ejerce en libertad, en condiciones de equidad, seguridad y que respeta la dignidad humana”. Además, se expuso con detalle el grupo de indicadores que conforman el índice de trabajo decente a través de los cuatro componentes considerados estratégico para la organización: normas internacionales del trabajo, empleo e ingresos, protección

social y diálogo social, y se propuso una ponderación de cada componente en el Índice de Trabajo Decente y a su vez de los indicadores en cada uno de ellos.

7. Esta necesidad de generar instrumentos para monitorear la evolución del trabajo llevó también dentro de la OIT a los especialistas del proyecto ACTRAV, es decir, la Oficina de Actividades para los Trabajadores, a listar indicadores que a su entender dieran cuenta de los cambios en el mundo laboral. Para ello se convocó a trabajadores de los países intervinientes de América latina que pautaron, según los componentes identificados para el trabajo decente diseñado en Costa Rica, los parámetros que consideraron pertinentes para identificar y cuantificar dimensiones de este concepto. En esta lista se señaló también a la educación y la formación como elementos constitutivos de la noción de trabajo decente.
8. Bonnet, Figueiredo y Standig (2003) apuntaron a establecer una familia de índices de trabajo decente a partir de fuentes de información en las que se obtienen datos de siete facetas de seguridad socioeconómica (seguridad del mercado de trabajo, estabilidad del empleo, seguridad profesional, seguridad en el trabajo, seguridad de formación profesional, seguridad de ingresos y seguridad de representación). Para ello realizaron una Base de Datos Mundial de Seguridad Socioeconómica, la cual tiene cinco componentes, tres de nivel macro (agregado), uno de nivel meso (la empresa) y otro de nivel micro (el trabajador individual), como se puede observar, en esta propuesta se contempla la perspectiva del trabajador y la del empleador. Con relación a la metodología para medir el *trabajo decente*, se eligen indicadores de insumo, de proceso y de resultado para cada faceta de la seguridad, estos se combinan a través de un promedio para obtener el indicador de cada faceta; posteriormente, para convertirlos en índices se utiliza el método de máximos y mínimos¹³ y después se suman los siete índices de seguridad y se normalizan para calcular el índice de trabajo decente.

¹³ Metodología también usada en el cálculo del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del PNUD.

9. A nivel local, en México, en el 2004 la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) con el apoyo de la Oficina para México y Cuba de la OIT, establecieron un marco conceptual que relacionaba la Nueva Cultura Laboral y el trabajo decente (también conocido en México como trabajo digno). Esta propuesta se planteó a partir de un conjunto de 14 indicadores (ver cuadro 2), los cuales permitirían establecer metas y objetivos del Programa de Trabajo Decente para las distintas regiones del país.

Cuadro 2. Tendencias deseables indicadores trabajo decente vs. tendencias observadas

Indicador	Valor deseado	Comportamiento
1. Tasa de ocupación en el sector informal	↓	↑
2. Tasa neta de participación de la población de 14 y 15 años	↓	↓
3. Desocupados + de nueve semanas	↓	↑
4. (Equidad) Tasa neta de participación femenina	↑	↑
5. (Equidad) Brecha de ocupados H/M	↓	↓
6. (Equidad) Brecha de ingresos H/M	↓	↑
7. Tasa de condiciones críticas de ocupación	↓	↑
8. Variación del salario medio de cotización al IMSS	↑	↓
9. Escolaridad promedio de los trabajadores	↑	↑
10. Incidencia de enfermedades y accidentes	↓	↑
11. Incidencia de incapacidades permanentes	↓	↑
12. Incidencia de defunciones	↓	↑
13. Paz laboral	↑	=
14. Tasa de sindicalización	↑	↑

Fuente: González, 2006.

La forma como estos indicadores se manejaban para hacer referencia al trabajo decente era estableciendo la tendencia deseable de cada indicador y compararla con la

tendencia de las estadísticas observadas. Por ejemplo, en el cuadro 2 se señala que el empleo informal debe de ir a la baja, por lo que para hablar de una mejora en el trabajo decente se necesita que ese indicador muestre un descenso con respecto al periodo anterior (primera flecha de la última columna). En este caso, el indicador no cumplió la expectativa debido a que en lugar de descender este aumentó lo que implica un efecto negativo en el trabajo decente. De esta manera, la propuesta presentada por la STPS y la OIT busca hacer una caracterización de la situación del trabajo decente en México.

10. Desde el punto de vista de género, Actis (2005), hace un ejercicio para medir el déficit de trabajo decente con relación al diferencial entre mujeres y hombres asalariados en Argentina, entre los años 1995 y 2002. Para el cálculo del índice utiliza cuatro indicadores: a) acceso diferencial a las oportunidades de trabajo; b) remuneración y jornada laboral; c) estabilidad y protección social; y d) equidad.
11. Otro ejemplo también fue realizado en Argentina y es desde una visión local, Lanari (2005) elabora una metodología que a nivel micro propone captar el déficit de trabajo decente, tomando como unidad de análisis el puesto de trabajo. La propuesta plantea mediante la combinación de indicadores definidos como básicos y complementarios, un índice de medición que permite analizar la situación del mercado laboral tanto para asalariados como no asalariados.
12. Otro trabajo es el de Galhardi (2008), compara a nivel nacional y estatal la situación del *trabajo decente* en México en los periodos 2000-2004¹⁴ y 2005-2007¹⁵. Para ello utiliza una serie de 21 indicadores distribuidos en cuatro índices compuestos: acceso al empleo; seguridad en el empleo; derechos laborales y diálogo social. Estos índices se obtienen sometiendo los indicadores a la metodología de máximos y mínimos y multiplicándolos por 10 para obtener valores que oscilan entre cero y 10. Posteriormente, se elabora un promedio

¹⁴ Con base en la Encuesta Nacional de Empleo (ENE) del INEGI.

¹⁵ Con base en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) del INEGI.

aritmético con los datos correspondientes a cada grupo y finalmente, con los cuatro índices calculados se obtiene un segundo promedio aritmético al que se le llama *índice de trabajo decente*. En este trabajo, para determinar el avance o retroceso en el índice se calcula la diferencia entre el valor obtenido en el periodo en cuestión con relación al dato del primer año.

13. También Fuji, (2008) hace un ejercicio de medición del índice de trabajo decente para México entre el 2006 y el 2007 que resulta en un nivel bajo de trabajo decente. El índice se compone de siete subíndices referidos a la seguridad en el trabajo los cuales a su vez se construyen por medio de indicadores de insumos, de procesos y de resultados.

Con estos ejemplos podemos observar que no existe una metodología definida para estudiar y medir la situación laboral a través del concepto de trabajo decente.

Pero es claro, y cabe resaltar, como lo mencionan Bonnet, Figueiredo y Standing (2003:260) que:

“...se puede conceptualizar y medir el trabajo decente de maneras significativas y cuantificables. Cada lector tendrá — o debería tener — preferencias propias sobre las variables que convendría incluir o excluir. Las distintas alternativas se pueden poner a prueba y discutir. Ahí está el interés de dar un primer paso, para que los que vienen detrás puedan hacerlo mejor”.

Lo que no podemos dudar es el gran avance que se ha realizado para acercarse cada vez más y de manera progresiva a una visión integral articulada en torno al ser humano, destinatario del desarrollo.

Por lo que en este trabajo, a la par que se busca analizar cómo han cambiado las condiciones de trabajo en México y Nuevo León para la población ocupada en general y para un

grupo de población en particular, los médicos y las enfermeras, utilizando la propuesta de trabajo decente de la OIT, se contribuirá a los esfuerzos ya realizados para aportar una nueva propuesta metodológica para medir el trabajo decente.

7. El trabajo decente una libertad para el desarrollo

El trabajo decente y el desarrollo humano

Como ya se señaló, ante los efectos negativos que la globalización ha ocasionado en el mercado laboral surge la propuesta de *trabajo decente* de la OIT – presentada por primera vez en 1999 y la cual hace un llamado para hacer conciencia sobre la importancia de que las personas no solo tengan un trabajo sino que este sea decente, buscando con esto darle una dimensión social a la globalización-- como una forma de promover la generación de empleos de calidad que todas las personas en edad productiva debieran disfrutar, en contraposición a los empleos precarios resultantes de la globalización.

En el marco del desarrollo humano, donde el *desarrollo* se concibe como un proceso de expansión de las libertades reales de que disfrutan los individuos para vivir vidas que valgan la pena (Sen, 2000), y donde el papel de las libertades se divide en constitutivo e instrumental, el trabajo decente constituye a la vez una libertad constitutiva o un fin y una libertad instrumental o un medio.

Como libertad constitutiva, que se relaciona con la importancia de las libertades fundamentales para el enriquecimiento de la vida humana como la libertad de sobrevivir y las libertades relacionadas con la educación, la participación política y la libertad de expresión, Anker, Chernyshev, Egger, Mehran y Ritter (2003) señalan, que el *trabajo decente*, es un fin importante por derecho propio, ya que hablar de trabajo decente es hablar de una faceta esencial de la vida debido a que es algo a lo que dedicamos gran parte de nuestro tiempo y es un pilar para la integración social y la autoestima de las personas. Contar con la oportunidad de acceder a un

trabajo decente constituye un acto de libertad que la sociedad y sus instituciones son responsables de proveer para lograr el desarrollo.

Como una libertad instrumental o un medio, es decir, la forma en que contribuyen los diferentes tipos de derechos y oportunidades a expandir la libertad del hombre en general y por lo tanto a fomentar el desarrollo, el *trabajo decente*, a través de sus componentes (OIT, 1999): a) la promoción de los derechos fundamentales en el trabajo; b) la promoción del empleo; c) la protección social contra las situaciones de vulnerabilidad; y d) el fomento del diálogo social; permite el reconocimiento de los derechos sociales del hombre y de la importancia de las instituciones para lograrlo ya que el trabajo decente no solo equivale a que las personas puedan contar con un ingreso suficiente que les permita mantenerse al margen de la pobreza, sino también implica el respeto a sus derechos como trabajadores, como personas, lo que lleva a que puedan desenvolverse en la sociedad de una mejor manera, ampliándose aún más las libertades de las personas para poder hacer y ser lo que más valoran. Asimismo, representa una herramienta de cambio respecto a las tendencias deterministas de los mercados globales ya que busca recuperar las capacidades y libertades de los trabajadores debilitadas por el fenómeno de la globalización lo que permitirá potencializar su calidad de vida y su bienestar.

Además, tipos de libertades instrumentales como la seguridad protectora (que brinda protección contra la vulnerabilidad y los sucesos imprevistos, lo que tiene que ver con el buen funcionamiento de la democracia) y la garantía de transparencia (relacionado con el establecimiento de incentivos adecuados para los agentes económicos y políticos), influyen directa o indirectamente en salvaguardar el trabajo decente y la promoción de vidas decentes (Sen, 2007). También, el trabajo decente requiere de la participación del estado, de las instituciones y de políticas para que los trabajadores puedan aspirar a vidas que valoran, garantizándoles por ejemplo la salud o la seguridad en el trabajo, así como el derecho a la negociación colectiva y exigir el cumplimiento de normas mínimas (Sen, 2007 y Stiglitz, 2007).

Asimismo, en el trabajo decente la educación, la cual es una libertad básica del ser humano, se impone por sí misma como algo que todos debemos disfrutar para poder acceder a un trabajo decente, pero a la vez, es un instrumento que puede facilitar la realización de otras libertades y derechos que constituyen el trabajo decente y ayuda a la creación de este tipo de trabajos.

De esta manera, el trabajo decente representa un medio pero también un fin en sí mismo para la ampliación de las libertades que disfrutaban las personas, además de que es un concepto que involucra el principio del universalismo al buscar abarcar a *todos* los trabajadores y en el que la educación es un elemento importante, siendo afín a la visión del desarrollo humano y por lo tanto un medio para promoverlo.

El trabajo decente y el desarrollo sustentable

Desde la visión del desarrollo sustentable, que se define como “el desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades” (CMMAD, 1987:24) y la cual busca integrar en el desarrollo los aspectos económico, social y de medio ambiente, la noción de *trabajo decente* constituye un elemento importante para la sustentabilidad ya que contribuye al cumplimiento de algunos de los objetivos establecidos como críticos en el Informe Brundtland:

a) *La calidad del crecimiento*, debido a que se requiere que el crecimiento económico vaya acompañado, entre otras cosas, por una mejor distribución del ingreso que permita disminuir la pobreza y que a la vez sirva como motor para aumentar la demanda interna, así como por aspectos no económicos como la educación, la salud, cuyo acceso en muchas ocasiones depende de que las personas cuenten con un ingreso lo que ofrece el trabajo decente;

b) *La satisfacción de las necesidades humanas esenciales*, donde el principal reto del desarrollo es que la población cuente con un medio de vida, es decir, con un empleo, el cual debe

representar una oportunidad sostenible de trabajo ya que debe de ser capaz de permitir satisfacer los estándares mínimos de consumo de los hogares y;

c) *La conservación de los recursos naturales*, ya que al reducirse la pobreza aumenta la capacidad de la gente para usar los recursos naturales de manera sustentable.

Asimismo, el trabajo decente permite el logro de la equidad inter e intra generacional al representar uno de los medios principales para que las personas puedan satisfacer sus necesidades más elementales en un ambiente de dignidad humana.

“..la meta de sostenibilidad, que se reconoce cada vez más como legítima, no tendría mucho sentido si las oportunidades de vida que deben ser “sostenidas” en el futuro fuesen miserables e indigentes. Sostener la privación no puede ser nuestra meta; no deberíamos negarle a los menos privilegiados de hoy la atención que le prestamos a las generaciones futuras (Anand y Sen, 1994:3).

Además, el trabajo decente y el desarrollo sustentable consideran la educación como uno de los elementos principales en sus propuestas. Para el primero, la educación es la “piedra angular” de un trabajo decente al potenciar a las personas, elevar la productividad y los ingresos de los trabajadores, incrementar la competitividad de las empresas y mejorar la inserción social; mientras que para el segundo, la educación genera conocimiento técnico y capacidades que ayuden a la mejora tecnológica además de que promueve la creación de nuevos valores que favorezcan un cambio rápido en las realidades sociales, ambientales y económicas.

En consecuencia, el *trabajo decente* representa una libertad constitutiva pues es un fin en sí mismo, pero también es un medio ya que contribuye al desarrollo humano y al desarrollo sustentable dado que al buscar una mayor equidad, por ejemplo en los ingresos, disminuye la pobreza, fenómeno que en ambas visiones es una de las principales limitantes para lograr el desarrollo, además de que promueve la equidad intra e intergeneracional. Asimismo, representa una

herramienta de cambio respecto a las tendencias deterministas de los mercados globales y abre una amplia perspectiva al reconocimiento de los derechos sociales del hombre y de la importancia de las instituciones para lograrlo tanto para las generaciones presentes como las futuras.

De esta forma, la noción de *trabajo decente* significa una ruptura con las condiciones actuales de las relaciones laborales que han sido provocadas por la globalización económica, permitiendo incluir en el debate laboral cuestiones claves como: la libertad de expresión y participación, la equidad, el derecho al trabajo y la protección social. Desde esta perspectiva, lo ético es tener acceso a un trabajo y que éste sea decente, es decir, que garantice las condiciones materiales necesarias que el empleo debe generar: salud, alimentación, vivienda, así como, las condiciones esencialmente humanas: educación, recreación y cultura.

Así el concepto de trabajo decente está en línea con los objetivos del desarrollo humano y el desarrollo sustentable convirtiéndose en un medio para lograrlos y a la vez es un fin en sí mismo para ampliar las libertades de los individuos, por lo que se puede considerar apropiado para ser utilizado en este trabajo para conocer cómo se han modificado las condiciones de trabajo en México y Nuevo León en la población ocupada en general y en un segmento en particular: los médicos y las enfermeras que trabajan en el sector de la salud.

Por lo tanto, por *trabajo decente* se entenderá aquel que incluye el desarrollo humano y sustentable. Uno que considera el respeto a los derechos ganados por los trabajadores en todos estos años, que contribuye a mejorar la distribución del ingreso y, con ello, a mantener a la población al margen de las privaciones que genera la pobreza y la exclusión. Pues deberán ser puestos laborales que garanticen la satisfacción de las necesidades mínimas necesarias para que las personas tengan una vida digna. Además de incentivar el consumo interno; el crecimiento económico y promover, mediante la equidad, la protección del medioambiente. Ampliando de esta manera las posibilidades

de satisfacer la condición de que las generaciones presentes y futuras puedan tener las mismas oportunidades y con ello una mayor equidad en las oportunidades de vivir vidas dignas.

La participación del Estado es esencial para lograr la condición de trabajo decente. Pues sólo a través de éste se pueden promover leyes que protejan las conquistas de los trabajadores y vigilar el cumplimiento de estas y lograr así las condiciones para alcanzar el trabajo decente. Dado que el mercado, en las actuales condiciones en que se encuentra la economía mexicana (50 millones de pobres), no lo puede garantizar y por el contrario tiende a crear condiciones laborales precarias que no garantizan un desarrollo humano y sustentable.

8. Conclusión

Luego de hacer un recorrido general por diferentes teorías del desarrollo, se puede considerar que el enfoque del desarrollo humano es una teoría que da soporte al concepto de trabajo decente de la OIT, pues al cumplirse los ejes fundamentales del trabajo decente se logra un fortalecimiento de las capacidades de las personas, al romper con aspectos que privan la libertad como la extrema pobreza, la falta de acceso a la protección social, el trabajo infantil; para que puedan ser y lograr hacer lo que valoran.

Asimismo, el trabajo decente contribuye al logro del desarrollo sustentable al influir en varios de los objetivos considerados como críticos en esa visión, tales como la calidad del crecimiento, la satisfacción de las necesidades humanas esenciales y la conservación de los recursos naturales, coadyuvando de esta forma a que se logre la equidad intra e intergeneracional, algo que también se contempla en el desarrollo humano.

Esta conjunción que se hace del desarrollo humano y el desarrollo sustentable mediante el trabajo decente surge como una propuesta para estudiar los efectos de la globalización desde una perspectiva más equitativa, más humana, es decir, en beneficio de todos.

El trabajo decente también se enmarca dentro de otros conceptos del desarrollo humano como: la potenciación, al permitir el aumento de las capacidades de las personas, a través de un ingreso decente y el respeto a los derechos del trabajo, lo que lleva a la ampliación de las opciones y con ello a una mayor libertad; el universalismo, al considerarse que todas las personas deben tener acceso a un trabajo decente y; la seguridad, pues el trabajo decente apoya el pleno empleo lo que permite que la gente tenga un medio seguro de ganarse el sustento, reduciéndose así los riesgos de desempleo, un aspecto muy importante de inseguridad al debilitar el derecho de la gente a tener ingresos y otras prestaciones.

De esta forma, el trabajo decente como libertad se puede ver como un fin y a la vez como un medio para la ampliación de las libertades de las personas, pues no solo es una meta del desarrollo sino también es un instrumento que permitirá que los individuos potencien su participación social y política, permitiendo esto que sean parte en las decisiones que se toman no sólo en la cuestión laboral sino en todos los aspectos que valoran.

Considerando lo anterior, en esta investigación se utilizará el enfoque del desarrollo humano y sustentable como fundamento teórico de la propuesta de trabajo decente para analizar cómo se han modificado las condiciones laborales en el mercado de trabajo de México y Nuevo León y, en particular, de los médicos y enfermeras que laboran en actividades relacionadas al sector de la salud, algo que se irá desarrollando a través de los siguientes capítulos. En el siguiente capítulo se presenta una revisión histórica sobre la evolución del sector servicios como libertad instrumental para la ampliación de las capacidades de los individuos, para enmarcar a los servicios de salud subsector en el que desempeñan sus actividades los médicos y enfermeras objeto de estudio en esta investigación.

CAPÍTULO 2. LA SALUD DENTRO DEL SECTOR SERVICIOS: HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS LIBERTADES INSTRUMENTALES

Introducción

Las actividades del sector servicios, que hasta antes del siglo XX se consideraban improductivas por perecer en el mismo instante de su realización¹⁶, son tan antiguas como los pueblos, pues desde los más remotos orígenes surgen los guerreros, médicos, sacerdotes, comerciantes, dirigentes, entre otras (Garza y Sobrino, 2009).

Sin embargo, los servicios comienzan a tomar importancia como una alternativa de empleo en los países industrializados a partir de la Gran Depresión de 1929, cuando se da un alto desempleo en la producción industrial en serie y a la vez, se produce una creciente demanda de servicios de grupos especializados para atender las necesidades del aparato productivo manufacturero el cual, debido a la crisis, se ve en la necesidad de innovar en los procesos de ensamblaje automatizado haciéndolos más complejos, además de requerir una mayor eficiencia productiva (Vásquez, 2009).

La importancia económica que va adquiriendo este sector a través del tiempo es tal que para la segunda mitad de ese siglo se observa una transformación estructural a tal grado que se comenzó a hablar de un proceso de terciarización de las economías desarrolladas (Santiago, 2009). Este fenómeno, al que Garza y Sobrino (2009:19) se refieren como “revolución terciaria”, se detona en Estados Unidos a partir de 1950 cuando los trabajadores de este sector superaron el 50% de la Población Económicamente Activa y del Producto Interno Bruto (PIB), presentándose posteriormente en otros países desarrollados.

En México, a pesar de no ser un país desarrollado, para esa misma época se observa una transformación en su estructura ocupacional, pasando de una economía agrícola a otra dominada

¹⁶ De acuerdo a Garza y Terrones (2009), esta forma de pensar provenía desde Adam Smith, idea que aceptaron muchas naciones.

por los sectores secundario y terciario, aunque no en la misma proporción que en las naciones desarrolladas.

Lo anterior permite que surjan preguntas como: ¿Qué es lo que ha impulsado el crecimiento de la actividad laboral en el sector servicios en el país?, ¿Se ha modificado de la misma forma la participación de este sector en la producción nacional?, desde el enfoque del desarrollo humano, donde el empleo y el PIB son medios para alcanzar el desarrollo, ¿Cómo ha contribuido el sector en el desarrollo de las libertades instrumentales de los individuos?

Con el fin de comprender cómo ha evolucionado el sector servicios, incluido el subsector de la salud, en el país así como en el estado de Nuevo León, se ha elaborado el presente capítulo el cual se divide en tres partes: 1) el papel de los servicios en el desarrollo de las libertades de los individuos, 2) evolución del sector servicios en México y Nuevo León y su relación con el despliegue de las capacidades instrumentales y, 3) conclusión.

1. El papel de los servicios en el desarrollo de las libertades de los individuos

Desde el contexto del desarrollo humano, donde el desarrollo se define como un proceso de expansión de las libertades de que disfrutan los individuos (Sen, 2000), se puede señalar que las actividades que comprenden el sector servicios representan de alguna manera una serie de oportunidades que pueden jugar el papel de medios o instrumentos para la expansión de esas libertades de que debe disfrutar toda persona.

De acuerdo al enfoque de Sen (2000), la libertad se concibe como las capacidades individuales para hacer cosas que los individuos tienen razones para valorar hacer o ser. Esto es, se concibe al ser humano como portador de las capacidades, las cuales se pueden dividir en *básicas* (determinadas en principio por el valor de la justicia, por ejemplo, estar bien alimentado) y *potenciales* (aquellas que son deseables porque permiten alcanzar una mayor calidad de vida y en

consecuencia una justicia social de mayores alcances, por ejemplo, la participación social) (Sen, 1992).

De esta manera, se puede señalar que la expansión de la libertad tiene dos roles: por un lado, es el *fin* primordial y, por el otro, es el *medio* principal del desarrollo, a lo que se le puede llamar también *papel constitutivo* y *papel instrumental* de la libertad en el desarrollo.

El *papel constitutivo* de la libertad se relaciona con la importancia de las libertades fundamentales para el enriquecimiento de la vida humana, como la libertad de sobrevivir y las libertades relacionadas con la educación, como poder leer y adquirir conocimientos; la participación política, que permita participar en la vida de la comunidad a la que se pertenece y expresarse libremente; y la libertad de expresión.

Por su parte, el *papel instrumental* de la libertad se refiere a que, aparte de la forma en que contribuyen los diferentes tipos de derechos y oportunidades a expandir la libertad del hombre en general, estas oportunidades y derechos se complementan mutuamente al estar relacionados entre sí, resultando en una mejora o aumento de las libertades de las personas y contribuyendo de esta forma al progreso social y económico, es decir, a que se presente un mayor desarrollo humano.

Así, el sector de los servicios (que comprende actividades como los servicios de la educación, la salud, el comercio, el esparcimiento, las comunicaciones, el transporte, las actividades del gobierno y los servicios financieros) representa un grupo de oportunidades que pueden contribuir como libertad instrumental, mediante su desarrollo, a la creación de capacidades básicas y potenciales de los individuos para hacer las cosas que valoran hacer o ser, traduciéndose esto como señala Sen (2000), en la expansión de las libertades de que disfrutaban las personas.

El desarrollo de las actividades comprendidas en este sector, principalmente las relacionadas con la educación y la salud, se encuentran inmersas en los diferentes tipos de libertad

instrumental descritos por Sen (2000), por lo que de alguna manera pueden contribuir a la ampliación de las capacidades de los individuos. Sin embargo, la contribución que estas oportunidades pueden hacer para la expansión de las libertades está fuertemente condicionada por el entorno económico, político, social, cultural y ambiental en el que se desarrolla (Sen, 1992).

Un aspecto que contribuye al avance de las libertades es la generación de empleos. En este sentido, el sector servicios está aportando una cantidad cada vez mayor de puestos de trabajo. Solamente en el 2008 el 60% del total de la población ocupada en el país se ubicaba en el sector servicios (INEGI, 2010). No obstante, desde el enfoque del desarrollo humano y sustentable, para que este sector represente una libertad instrumental en la generación de empleos se requiere que el empleo generado sea realmente un medio que permita la eliminación de las principales fuentes de privación de libertad como la pobreza, la exclusión social, el hambre, la necesidad de vestido, entre otras, es decir, se requiere que estos empleos cubran ciertos requisitos tales como: que sean empleos en los que se respete la dignidad humana a través de un salario que les permita a los trabajadores vivir de manera digna junto con sus familias, que respete sus derechos laborales permitiéndole, entre otras cosas, recibir atención médica y prestaciones económicas y sociales, propiciando con ello un desarrollo inter e intrageneracional, es decir, un desarrollo humano y sustentable.

Asimismo, el sector servicios o terciario destaca por la contribución que hace al PIB de toda economía, al superar en ocasiones la mitad del valor de la producción total de los países (Garza y Sobrino, 2009). No obstante, al igual que en el caso del empleo, la importancia del PIB está condicionada. Desde la perspectiva del desarrollo humano, el PIB no se considera un fin del desarrollo sino solamente un medio necesario para el desarrollo de las libertades individuales y a la vez del desarrollo humano (Sen,2000) y sustentable, esto, siempre y cuando el crecimiento del PIB venga acompañado de una mejora de la calidad de vida de toda la sociedad. Se ha encontrado que aunque el ingreso de los países crezca rápidamente no necesariamente eso se traduce en una mejora

de las condiciones de vida de las personas y por lo tanto de sus libertades. Desde esta perspectiva, para que se pueda dar el desarrollo humano y sustentable se requiere que el Estado destine parte de los nuevos ingresos a aspectos como la educación, la salud, la reducción de la pobreza, entre otros; así como generar las bases para una mayor equidad lo cual sí contribuye a ampliar las libertades de las personas y la sociedad en general debido a que se propicia una mayor esperanza de vida, menor mortalidad infantil, menor analfabetismo, es decir, un mayor desarrollo humano y sustentable (Anand y Sen, 1994).

Por lo anterior, surge la pregunta ¿Cómo se ha ido transitando a través del tiempo en las libertades instrumentales inmersas en el sector servicios en México y en el estado de Nuevo León?

2. Evolución del sector servicios en México y Nuevo León y su relación con el despliegue de las capacidades instrumentales

La evolución del sector servicios como libertad instrumental puede ser analizada en tres diferentes etapas en la historia económica del país: La primera, que abarca desde la Colonia hasta finales de la década de los años 20 del siglo XX y que se le conoce como modelo primario exportador; la segunda, que cubre el periodo de los años 30 hasta principios de los 80 y que se le llama modelo de sustitución de importaciones y; la tercera, que abarca desde los años 80 hasta la actualidad, a la cual se le refiere como modelo neoliberal.

Etapa I. El sector servicios en el Modelo Primario Exportador: Incipientes capacidades instrumentales para el desarrollo de las libertades

Aunque la principal actividad económica en México era la agropecuaria (Garza y Sobrino, 2009 y Garza, 2006), por su cuantía y población empleada, desde la época de la Colonia la participación del sector terciario ya era significativa en la economía del país pues para entonces ya se realizaban exportaciones, se comerciaba internamente, había administradores de haciendas, actividades del gobierno, ejército, Iglesia, transportación marítima y terrestre, abogados, médicos,

maestros, entre otros (Garza y Terrones, 2009; Moreno-Brid y Ros (2010). De hecho, en esta época el clero, los consulados de comercio y los profesionistas eran los estratos dominantes debido a que estas actividades eran de gran importancia para el buen funcionamiento de la economía, de tal manera que en su conjunto como servicios se constituían en el sector rector de la vida económica, política y social. Sin embargo, la presencia de este sector difícilmente se podía percibir pues se conjugaban una serie de factores tales como: a) la idea de Adam Smith de que los servicios eran actividades improductivas, b) la gran importancia que tenían las actividades primarias en la economía; c) el escaso desarrollo de la contabilidad nacional, entre otros (Garza y Terrones, 2009), lo que impedía que a este sector se le considerara en las estimaciones de la producción y, debido a esto, no hay mediciones oficiales sobre su importancia en la economía. Sin embargo, Quirós (1973) estima que en 1800 la participación de los servicios en el país, que en ese tiempo se podían dividir en comercio, transporte y servicios, era de un 27.7% de la producción total, mientras que para Coatsworth (1990) era de 24.5%. Sin embargo, en las principales ciudades del país¹⁷ de ese entonces la actividad terciaria predominaba con el 54.6% del PIB, seguido del sector primario con el 23.1% y el secundario con el 22.3%, siendo el sector terciario el hegemónico cuantitativamente, así como en términos de control del proceso productivo y de la vida política y social (Garza y Terrones, 2009). No obstante no hay datos sobre el acceso a los diferentes servicios existentes, las cifras muestran que las posibilidades de acceder a ellos en esa época eran mayores en los centros urbanos, de tal forma que las posibilidades de ampliación de las libertades eran mayores en estas zonas del país.

Dado que no se cuenta con información acerca de la calidad de los empleos generados en el sector terciario en esta época y, por lo tanto, de su contribución al desarrollo humano y sustentable, sólo se puede señalar cómo se distribuía la población ocupada en los diferentes sectores económicos. En 1790 del total de la población ocupada, el 84.2% trabajaba en el sector primario, el

¹⁷ Ciudad de México, Puebla, Oaxaca, Guadalajara, Veracruz, Albuquerque, Antequera, Charcas, Durango, Guanajuato, Mapimí, Mérida y Santiago de los Valles.

11.9% en el secundario y solamente el 3.8% en el terciario (INEGI, 2009), destacando de esta manera el sector primario como el principal generador de empleos. Esta discrepancia entre la proporción de empleos y lo producido por sector quizás tenga que ver con el grado de explotación que había hacia la población y el fuerte control que se daba en cuanto a quienes podían desempeñar las diferentes actividades.

En el caso particular de Nuevo León, aunque la agricultura¹⁸ y la ganadería eran las actividades principales en esta época, el sector servicios tenía un desempeño muy importante en la economía pues la entidad era el centro distribuidor de mercancías importadas de Estados Unidos y de los productos agropecuarios que el mismo estado producía, las cuales dirigía hacia una extensa zona del norte del país e incluso a Europa (Vizcaya, 2006), por lo que actividades como el comercio, hospedaje y de transporte podrían contribuir en algo al desarrollo humano y sustentable al aumentar las libertades de los individuos al incrementar las posibilidades de elección de mercancías a consumir, así como con el PIB y el empleo en la región siempre y cuando estos últimos aspectos permitieran una mejor calidad de vida de las personas.

Sin embargo, para 1810 México entra en la guerra de la Independencia y su crecimiento económico cae abrumadoramente, no solo durante el tiempo que duró la lucha sino por 50 años más debido a la grave situación de inestabilidad económica, social y política que se vivía¹⁹, impulsada por dos fuerzas políticas, los liberales y los conservadores, que se enfrentaron en la lucha por la Independencia y la Reforma concluyendo en 1858 cuando Benito Juárez asume el poder ganando las elecciones como candidato a la Presidencia de la República. Ponzio (2005) estima que el crecimiento económico cayó entre un 50% y 100% durante los 50 años posteriores a la

¹⁸ El estado era un importante productor de maíz, caña, frijol, trigo, cebada, duraznos, higos, manzanas, entre otros. Además de abastecer la demanda de la entidad, se vendía producción a estados como Chihuahua, Durango, Zacatecas y Coahuila. Asimismo, su producción ganadera era de gran relevancia.

¹⁹ Durante el periodo de 1821 a 1856 el país tuvo 56 presidentes (Moreno-Brid y Ros Bosch, 2010), además, tras la Independencia, el país sufrió constantes rebeliones, terminó la Guerra Civil de Estados Unidos, entre otros (Vizcaya, 2006).

Independencia, afectando a todos los sectores económicos del país. El impacto de este derrumbe económico fue tal que, por ejemplo, en Nuevo León, las actividades comerciales de la entidad entraron en decadencia ocasionando que grandes cantidades de capital quedaran ociosas (Vizcaya, 2006), lo que pudo haber reducido algunas libertades de que disfrutaban los individuos.

Es hasta finales de 1860 cuando se comienza a observar nuevamente un crecimiento estable de la economía. En esta época ocurre un fenómeno que permite que el país retome su ruta de crecimiento de una manera firme y rápida, aunque con resultados terribles en la distribución del ingreso y la riqueza: llega Porfirio Díaz a la Presidencia del país. Díaz, quien permaneció en el poder durante 33 años, propició la creación de un Estado fuerte el cual estuvo orientado a transformar al país en una nación industrializada, para lo cual recurrió a medidas como: la promoción de la inversión incentivándola a través de subsidios y exenciones de impuestos (debido a la falta de un banco central); la reforma fiscal para aumentar la recaudación de recursos (Moreno-Brid y Ros Bosch, 2010); la publicación de una nueva Ley de patentes en 1890²⁰ siguiendo los patrones establecidos en Estados Unidos, Inglaterra, Francia y apoyados en la Convención de París; nuevos códigos comerciales, civiles, bancarios y mineros, entre otras, lo que dio una mayor certeza a las inversiones, especialmente las extranjeras (Beatty, 1996).

Durante este periodo el sector servicios sufre una fuerte transformación, debido principalmente a dos factores: por un lado, arriban al país nuevas tecnologías que incentivan el sector y por el otro, se da una desmesurada privatización de la tierra. El impacto que tuvo en el sector servicios la llegada de nueva tecnología tiene que ver con que para hacer realidad la industrialización del país era necesario crear la infraestructura que la propiciara por lo que se

²⁰ Antes de ese año, México se basaba en una ley establecida en 1821 que estaba muy relacionada a las leyes de España. En 1903 México se une a la Convención de París por lo que hace importantes modificaciones a la Ley de patentes de 1890, destacando entre otras cosas la creciente importancia nacional del desarrollo tecnológico en general y la actividad económica extranjera en particular, significando esto la participación de México en el sistema internacional de protección de la propiedad industrial. En 1928, 1942, 1976 y 1991 aparecen otras leyes de patentes sustancialmente nuevas.

comenzó a atraer inversionistas para ampliar la red de comunicaciones ya existentes como el servicio telegráfico²¹, y para introducir tecnologías recientemente desarrolladas como la telefonía²² (Corona, 2004; y Álvarez, s/f), la construcción de la red ferroviaria²³, que permitió la reducción de los costos del transporte y la integración de las redes regionales de producción y consumo, aumentando el mercado interno y el comercio. Asimismo, ya se había instalado la Industria eléctrica y se había introducido el uso del automóvil (Corona, 2004). Además, se promovieron los centros financieros existiendo para ese tiempo 47 bancos²⁴ y la Bolsa de Valores²⁵ (Moreno-Brid y Ros Bosch, 2010). Por el lado de los recursos humanos, ya se impartía la educación primaria obligatoria²⁶ y en 1910 se crea la Universidad Nacional, ampliando con esto las actividades educativas²⁷. Asimismo, otro nuevo invento que vino a ampliar la gama de actividades de los servicios en ese tiempo y que con el paso de los años fue adquiriendo una gran importancia en la economía fue el cine²⁸. Por otra parte, la desmesurada privatización de la tierra²⁹, que se debió a que la administración de Díaz redistribuyó de una manera acelerada las tierras federales, las propiedades

²¹ La primer concesión de comunicaciones a distancia se otorgó en 1849 a Juan de la Granja y fue por una duración de 10 años (Álvarez, s/f).

²² La telefonía comienza en México en 1878 con el primer enlace entre la Ciudad de México y la población de Tlalpan (Reyes, 1999), este servicio lo ofrecían, por un lado, la empresa Compañía Telefónica Mexicana (La Mexicana) y, por el otro, la compañía Teléfonos Ericsson, S.A. (Mexeric), que con el tiempo dieron origen a Telmex (Álvarez s/f). La telefonía llega al país sólo dos años después de la innovación de este medio en 1876.

²³ Este sistema de transporte llegó 20 años tarde al país debido a la inestabilidad política, económica y social que se vivía, pero entre 1877 y 1910 se construyó una red de 20,000 kilómetros. Como contraste, desde 1910 hasta 1990 sólo se construyeron 6,000 kilómetros adicionales, es decir, el 75% de la red ferroviaria del país se hizo a finales del siglo XIX y principios del XX, bajo la presidencia de Porfirio Díaz (Moreno-Brid y Ros Bosch, 2010).

²⁴ A finales de 1870 sólo existían en el país 2 bancos, uno británico que financiaba el comercio exterior y otro asociado con capital de Estados Unidos que operaba en Chihuahua.

²⁵ Se creó en 1895 y en la primer década del siglo XX la prensa publicaba de manera regular los precios de las acciones de, en promedio, 80 empresas mineras, 20 empresas industriales y 20 bancos (Marichal, 1997).

²⁶ En 1867 se promulgó la Ley Orgánica de Instrucción Pública, donde se establecía la educación primaria gratuita y obligatoria, se excluía del plan de estudios toda enseñanza religiosa y contenía disposiciones para la educación secundaria. La ley sólo regía al Distrito Federal y a los territorios federales, pero ejerció influencia sobre las leyes estatales. En 1888 se promulgó la Ley de Instrucción Obligatoria (Diputados, 2006).

²⁷ El gasto público en educación pasó de un 3.2% del gasto público total entre 1877-1878 a 6.8% entre 1910-1911 y la matrícula en las escuelas públicas se incrementó de 142 mil a 658 mil alumnos entre 1878 y 1907 (Paz Sánchez, 2000).

²⁸ Llega a México en 1896. (cinemexicano.mty.itesm.mx).

²⁹ Solamente entre 1878 y 1908 Díaz transfirió 30 millones de hectáreas al sector privado, por lo que para principios del siglo el 95% de las tierras cultivables del país pertenecían a 835 familias (Manzanilla Schaffer, 1963).

comunales de los campesinos y otras tierras con títulos inciertos a compañías privadas y personas acaudaladas -con el fin de darles un uso productivo, aprovechando la construcción del ferrocarril que elevó fuertemente su valor de mercado- estimulando con esto la creación de grandes latifundios; llevó al desplazamiento de indígenas de sus tierras de cultivo³⁰. Este suceso tuvo un fuerte impacto en el crecimiento de la actividad en el sector servicios, pues los indígenas desposeídos de sus tierras; junto con los arrieros, cuyos servicios de traslado fueron sustituidos por el ferrocarril; los artesanos, cuyos trabajos fueron desplazados por la llegada de las industrias modernas; entre otros; ocasionaron una emigración masiva hacia la ciudad en busca de empleo ya sea en las haciendas, en la industria o en el sector servicios (Moreno-Brid y Ros Bosch, 2010).

De esta manera, los cambios tecnológicos así como la política aplicada por el Estado orientada a incentivar la inversión en el país, contribuyeron a incrementar las oportunidades que el sector servicios podría ofrecer como medios o instrumentos para contribuir en algo a la ampliación de las libertades de las personas pues en el futuro cada vez más personas tendrían acceso a ellos, además de que pudieron haber incentivado el crecimiento económico y la generación de empleo, medios necesarios para el desarrollo humano y sustentable, esto, siempre y cuando contribuyeran a elevar la calidad de vida de las personas. Sin embargo, el crecimiento del empleo en el sector servicios no sólo se debió a la llegada de los avances tecnológicos y su expansión, sino también por las grandes cantidades de desplazados que tuvieron que buscar en las ciudades un modo de vivir, integrándose parte de ellos a este sector.

Es importante señalar que la ausencia de mano de obra calificada nacional ocasionaba que toda la maquinaria y equipo que se necesitó durante todo este proceso de modernización, al igual que los ingenieros, supervisores y cualquier otro tipo de personal calificado provinieran del exterior.

³⁰ Para finales del Porfiriato el 95% de las aldeas indígenas del país habían perdido su tierra comunal (Katz, 1980).

Los trabajadores locales contratados eran personal no calificado³¹ y con bajas remuneraciones (Kuntz Ficker, 1999), por lo que la derrama económica no era significativa además de que no existía una regulación del mercado laboral (De la Peña y Aguirre, 2006) lo que mantuvo frágiles a los trabajadores en temas relacionados al pago de salarios, duración de la jornada laboral, protección social, entre otros, por lo que era muy baja la posibilidad de que el empleo que se estaba generando en el país fuera de una calidad mínima que permitiera la ampliación de sus libertades; y no es sino hasta 1917 cuando se promulga una nueva Constitución en donde se regulan las relaciones laborales en el artículo 123 y, entre otras cosas, se eleva a rango constitucional el derecho a recibir una educación laica, obligatoria y gratuita, a través del artículo 3º, sentándose las bases para impulsar desde el Estado la promoción de los derechos sociales de los individuos y con ello las libertades de los individuos en este caso, en particular, en el aspecto laboral y la educación.

En el caso de Nuevo León los inicios de la industrialización también se llevan a cabo en el mismo periodo que a nivel nacional, sin embargo, a parte de las políticas aplicadas por el porfiriato, el establecimiento de la industria en el estado se ve incentivado por otra serie de factores (Vizcaya, 2006):

Causas externas:

- La creación del arancel McKinley, en EU en 1890, a la importación de mineral en especie (esto provocó el establecimiento de plantas metalúrgicas, en Monterrey un año después, y en otros lugares del país);
- La mayor accesibilidad de Monterrey (por sus carreteras y vías de tren) para la importación de carbón, indispensable para la industria metalúrgica, hizo que este lugar lograra un mayor crecimiento en la industria del acero.
- La fuerte entrada de capital extranjero

³¹ En 1895 había una población de 10.3 millones de personas de 10 años y más, de las cuales solamente un 17.9% sabía leer y escribir. Para 1930 la población era de 11.7 millones y el porcentaje de población alfabetizada había aumentado a un 38.5% (INEGI, 2009).

- La estabilidad política lograda por el régimen porfirista permitió un clima favorable para el desarrollo económico del país.

Causas internas:

- La emisión en el estado de leyes de protección a la industria, en 1888 y 1889, las cuales declaraban:

- ✓ Todo giro industrial que se estableciera en el término de 2 años y cuyo capital fuera mayor a los 1,000 pesos quedan exentos de impuestos por siete años, excepto la elaboración de bebidas espirituosas.

- ✓ Las fincas urbanas que se edificaran en el término de dos años y cuyo valor sea mayor de 2,000 pesos, quedan exentos de todo impuesto al Estado por 5 años, contados desde el día de su conclusión.

- ✓ Se autorizó al gobierno para que en los contratos celebrados en ese periodo constitucional sobre obras de utilidad pública conceda exención de contribuciones, por un término que no pase de 20 años.

- La existencia de grandes cantidades capital formados en el comercio, y ociosos a partir de la decadencia de este.

- La proximidad de Monterrey con respecto a EU.

- Una mayor cantidad de agua, comparado con otras ciudades, debido a una gran cantidad de vertientes.

- La disponibilidad de mano de obra medianamente capacitada

- El espíritu de empresa de los regiomontanos.

La conjugación de todos estos factores llevó a que a finales del siglo XIX y principios del XX se establecieran en el Estado las primeras fábricas, que fueron el origen de una gran parte de la industria regiomontana: Cervecería Cuauhtémoc, en 1890; Fundidora de Fierro y Acero, en 1900; y Vidriera Monterrey, en 1909. Con el tiempo, Nuevo León comenzó a ser catalogado como uno de los principales centros industriales del país.

El florecimiento de la industria en el estado también se vio incentivado por el arribo de una serie de servicios necesarios para su funcionamiento eficiente, especialmente en medios de comunicación. Por ejemplo, en 1870 llega a Monterrey la primera línea telegráfica; en 1882 la

telefonía, además, todas las vías férreas con que actualmente cuenta Nuevo León ya se habían tendido en 1891, excepto la de Matamoros que fue en 1905, lo que se tradujo en una gran disminución en el costo y en el tiempo de traslado de una ciudad a otra, comparado con las diligencias. También en el área urbana ya se habían establecido los tranvías (Vizcaya, 2006). El mismo proceso de industrialización llevó a la apertura de otros servicios (especialmente los orientados al productor) a través de la reactivación del comercio, la instalación de los primeros bancos, casas comerciales que prestaban dinero, hoteles y mesones, entre otros, los cuales también contribuían a aumentar las capacidades de los individuos al facilitarles las actividades financieras.

El Censo del 1900 señala que en ese tiempo en Monterrey había 99 abogados, 85 médicos, 81 ingenieros de distintas especialidades, 8 arquitectos, 7 dentistas y 1 veterinario. Escuelas de educación superior solamente existían el Colegio Civil, la Escuela de Jurisprudencia, la de Medicina, la Normal para Profesores y la Academia Profesional para Señoritas. En este tiempo, a diferencia de las instituciones educativas públicas, las particulares se multiplicaron de manera significativa debido a que el desarrollo económico creó la demanda de personas preparadas. En el caso de la educación básica, primaria y secundaria, también surgieron muchos colegios particulares. (Vizcaya (2006)

Sin embargo, la Revolución de 1910 ocasionó cierta paralización de las actividades económicas y de inversión en el estado, las cuales después se reactivaron regresando a la normalidad.

El sector terciario en el empleo y el PIB

El empleo

No obstante, como se dijo antes, no conocemos cuál era la calidad del empleo, sólo se puede hacer referencia sobre el empleo generado en el sector en esa época. En 1895 la población total del país era de 12.6 millones de personas, de las cuales 4.8 millones estaban ocupadas, es decir el 38% de la

población total; mientras que la proporción de la población ocupada en el sector servicios era de un 17.6% del total de ocupados. Para 1930, la población total había crecido un 31%, a 16.6 millones de personas, y la población ocupada solamente un 8.5%, a 5.2 millones de personas, con relación a 1895; disminuyendo a un 31% la proporción entre población ocupada y el total de la población, además, la población ocupada en el sector servicios cayó un 27.3% en el periodo señalado y el porcentaje de los trabajadores en este sector se redujo a 11.8%³² del total de ocupados esto, debido en parte, a que se dio un traslado de población hacia el sector primario, luego de que la Revolución trajo consigo la repartición de tierras a los campesinos³³, así como por la continuación del crecimiento de la industria (Cuadro 3).

Cuadro 3. Estructura porcentual de la población ocupada por sector de actividad económica en México 1895 y 1930

Sector	1895	1930
Primario	67.8%	73.2%
Secundario*	14.6%	15.0%
Terciario	17.6%	11.8%

Fuente: Elaborada con datos de INEGI (2009).

*Nota: Sólo comprende las industrias del petróleo y Extractiva, y la de transformación. Excluye construcción y generación de electricidad por no haber datos.

Este descenso en la participación del empleo en el sector terciario se registró de manera particular en la categoría llamada de servicios, pues el resto de las categorías del sector (comercio, transporte y actividades del gobierno) elevaron su personal ocupado, especialmente la última de ellas dado que el proceso de consolidación de la Revolución fue acompañado por la creación de nuevas instituciones públicas, como la Secretaría de Educación Pública (1921), el Banco de México

³² Entre 1895 y 1930 la población ocupada en el sector agropecuario se incrementó en 650 mil personas; mientras que en el sector secundario aumentó un poco más de 100 mil, pero el terciario disminuyó en 186 mil personas.

³³ En los 20 años anteriores a la Presidencia de Lázaro Cárdenas en 1934 se distribuyeron 11.6 millones de hectáreas de tierra a los campesinos (Moreno-Brid y Ros Bosch, 2010).

(1925) y el Banco Nacional de Crédito Agrícola (1926), o la ampliación de las ya existentes, las cuales a su vez son otros medios que podrían contribuir a expandir las libertades de los individuos.

Las actividades del sector salud

Durante este periodo de la historia, la libertad instrumental comprendida por los servicios de salud guardaban una conformación principalmente privada, pues la presencia del Estado en el financiamiento y prestación de servicios de salud era marginal, por lo que se puede decir que era una libertad instrumental a la que pocos tenían acceso, limitando con esto las capacidades individuales para ser y hacer lo que más valoran.

En la época de la Independencia no existía en el país un sistema público de prestación de servicios de salud, las actividades del gobierno sólo se limitaban al control epidemiológico, fundamentalmente en puertos y fronteras. La asistencia social se manifestaba en acciones aisladas que prestaban las organizaciones eclesásticas, las instituciones de beneficencia privada y los particulares (SS, s/f).

Posteriormente, con las Leyes de Reforma, la desamortización de los bienes del clero permitió que las instituciones de asistencia en el Distrito Federal quedaran bajo la responsabilidad del gobierno federal, cuya vigilancia se hacía a través de la Secretaría de Gobernación, y el encargado de su administración era el Ayuntamiento; empezando con esto, aunque de manera muy tenue, el sistema de salud en México.

En 1846 se creó el Consejo Superior de Salubridad, y después se crearon las Juntas de Salubridad en cada uno de los estados, así como Juntas de Sanidad en los Puertos.

En el caso del estado de Nuevo León, la prestación de los Servicios de salud pública nace con la expedición del Decreto Gubernamental del 19 de septiembre de 1851, mediante el cual se crea el Consejo de Salubridad del Estado de Nuevo León (NL, s/f).

Casi 50 años después, en 1894, se expide el primer Código Sanitario en el país el cual concedió facultades al Ejecutivo Federal sobre puertos, fronteras y asuntos migratorios y cinco años más tarde, en 1899, entra en vigor la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito Federal y Territorios Federales, la cual establecía una Junta para promover y vigilar los establecimientos (SS, s/f); sin embargo, las acciones de prevención y restauración de la salud sólo eran para algunos grupos de población.

Es hasta 1917 cuando se dan los primeros pasos al institucionalizar la operación de los servicios de salud en el país, previéndose en la Constitución Mexicana, promulgada en ese año, la creación del Departamento de Salubridad y del Consejo de Salubridad General.

En el artículo 73 fracción XVI se establece: “Para dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización....y salubridad general de la República”. Además, señala que el Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República y que el Departamento de Salubridad se encargará de dictar las medidas preventivas inmediatas en el caso de epidemias graves en el país (UNAM, s/f).

En el caso de Nuevo León, en los años 1927 y 1928 el Consejo de Salubridad estableció Delegaciones de Salubridad en los municipios de Aldama, Allende, Cerralvo, Lampazos, Salinas Victoria, Villa de Santiago y Villaldama (NL, s/f).

Además, el 1° de mayo de 1928, dicho Consejo de Salubridad pasa a formar parte de la Delegación Federal de Salubridad, dándose inicio a la creación de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado.

Aunque para entonces las estadísticas del país eran muy pocas, de acuerdo al V Censo General de Habitantes de 1930 (INEGI, s/f), en ese año había en el país 14 mil 696 personas

dedicadas a la medicina y al arte de curar, es decir, aproximadamente 89 por cada 100 mil habitantes.

El sector terciario en el PIB

Sin embargo, a pesar de que la proporción de población ocupada en el sector terciario se redujo al final del periodo considerado, la participación en la producción que este sector tuvo en el PIB se elevó (Cuadro 4), pudiendo implicar esto que la contribución económica de la actividad de las personas que salieron del sector no era significativa para la producción del sector, dada la baja cualificación como anteriormente se señaló.

Cuadro 4. Estructura porcentual del PIB de México por sectores de actividad económica 1895 y 1926

Sector	1895^a	1926^b
Primario	40.9	19.7
Secundario	21.2	24.0
Terciario	37.9	56.3

Fuente: a) Garza y Terrones (2009) y
b) Moreno-Brid y Ros Bosch, 2010.
Cifras con base a precios de 1960.

Lo que, desde la visión de las capacidades y libertades de Sen (2000), implica que en este periodo la importancia del sector aumentó de manera significativa en la libertad instrumental de los servicios económicos, el cual es un medio para el despliegue de las capacidades de los individuos, no obstante, para hablar de un aumento en el desarrollo humano y sustentable sería necesario que el crecimiento económico se distribuyera en la sociedad como un todo.

Crisis y término del modelo económico primario exportador

El modelo económico primario exportador, que hasta entonces imperaba en nuestro país, llegó a su agotamiento en la década de los años 30 del siglo XX debido a la crisis mundial, conocida

como la Gran Depresión, cuyos efectos fueron acentuados por la ola de medidas proteccionistas³⁴ aplicadas por los países desarrollados para incentivar sus economías, ya que se ocasionó una guerra comercial y al mismo tiempo la decadencia del comercio internacional ante el deterioro de los términos de intercambio³⁵, además de que todas estas acciones se llevaron a cabo sin tomar en cuenta a América Latina (Díaz-Alejandro, 1985).

Esta serie de fenómenos llevaron a una disminución de la entrada de divisas al país que se tradujo en una caída de los ingresos del gobierno y en una reducción de las importaciones³⁶, que junto con el descenso de las inversiones y los préstamos extranjeros, provocó consecuencias económicas³⁷ y políticas muy importantes comenzando a crearse, a partir de ese momento, nuevos vínculos entre el país y la economía mundial (Guillén, 1986) e implicando el fin de dicho modelo económico.

En conclusión, se puede observar que a lo largo de la época colonial el sector terciario jugó un papel muy importante en la economía de la entonces Nueva España pues, después del sector primario, era el que más aportaba al PIB seguido del sector secundario. Sin embargo, habrá que considerar que en esa época gran parte de los ingresos que se generaban en el sector terciario eran producidos por instituciones como la Iglesia y el gobierno del virreinato, así como por los profesionistas, el comercio, entre otros, que era en quienes giraba el poder en esa época, donde los

³⁴ En Gran Bretaña, por ejemplo, los grupos influyentes hicieron referencia a las preferencias imperiales; mientras que en Estados Unidos se promulgó el arancel Smoot-Hawley en 1930, además se anunció la Ley Británica de Importaciones Anormales de 1931 y el Sistema de Preferencias Imperiales del Pacto de Ottawa para la Mancomunidad en 1932. Francia, Alemania y Japón también reforzaron sus políticas comerciales discriminatorias.

³⁵ Es decir, se produjeron variaciones abruptas en los precios relativos de las exportaciones (baja de los precios en dólares) y las importaciones (alza de los precios en dólares).

³⁶ Entre 1929 y 1932 el comercio exterior del país cayó a la mitad (Diputados, 2006 a). En el caso del petróleo, en 1933 las exportaciones cayeron a sólo un 16% desde su punto más alto en 1921 cuando su producción representaba el segundo lugar en el mundo (25%), sólo después de Estados Unidos (Moreno-Brid y Ros Bosch, 2010).

³⁷ El PIB de México cayó un 24% entre 1926 y 1932, además, en el mismo periodo la producción manufacturera disminuyó 9% y la agrícola 14.8%, mientras que el crédito bancario lo hizo en un 28% entre 1925 y 1932. Esta problemática se tradujo en un aumento en el desempleo el cual fue acentuado aún más por la deportación, debido a la crisis, de trabajadores mexicanos que residían en Estados Unidos (Moreno-Brid y Ros Bosch, 2010).

ingresos que generaban provenían principalmente de los diezmos, capellanías, limosnas donaciones, pago de intereses por préstamos; así como por los impuestos cobrados a los campesinos, los tributos pagados por las tribus indígenas, los grandes márgenes de ganancia del comercio y demás. También, a pesar de la importancia económica del sector, la creación de empleos era muy poca debido al alto control que existía en torno a quienes podían realizar las diferentes actividades.

De tal forma que durante esta época se puede señalar que el conjunto de libertades instrumentales que ofrecía el sector servicios para ampliar las capacidades de los individuos y la sociedad en su conjunto era muy incipiente pues quienes disfrutaban de ellos eran prácticamente los españoles que vivían en el país así como la población que podía pagar por ellos. La privación de libertades era parte de la gran mayoría de la población.

Para finales del siglo XIX y primeras décadas del XX los agentes económicos del sector terciario ya se estaban transformado, pues la generación de ingresos del gobierno a través de impuestos continuó y se incrementó debido a una serie de reformas, por ejemplo, la Iglesia perdió su poder debido a las Leyes de Reforma³⁸ expedidas entre 1855 y 1860 implicando esto un cambio del prestador de los servicios de la Iglesia hacia el gobierno; mientras que la inversión extranjera en el sector tomó fuerza en la expansión de los medios de transporte y comunicación, el comercio, etcétera. Se podría decir que en esta última etapa el país vivió una especie de transición hacia la modernización pues se sentaron las bases para un firme desarrollo económico basado en la industrialización, además de que la producción del sector servicios ya predominaba en la economía, pues para 1926 la mayor aportación al PIB la hacía el sector terciario, seguido del secundario y por último el primario. No obstante, el sector primario encabezaba la creación de fuentes de empleo, seguido del secundario y por último el terciario.

³⁸ Entre las leyes se encontraba la supresión de los fueros del clero y el ejército, la obligación de la Iglesia a vender casas y terrenos, prohibición de cobros de derechos, diezmos, etcétera, nacionalización de los bienes eclesiásticos, el matrimonio civil, el registro civil (Domínguez y Carrillo, 2008).

En el caso de Nuevo León la fuerte actividad comercial que mostraba disminuyó momentáneamente, para después volver a impulsarse con el proceso de industrialización temprana que se vivió.

Es decir, al final de este periodo las actividades en el sector servicios se vieron impulsadas en el país debido al interés que existía por la industrialización, sin embargo esta modernización llegó de manera externa donde los principales servicios eran prestados por compañías extranjeras por lo que las ganancias se expatriaban y la reinversión de utilidades era muy poca (Coatsworth, 1979). En esta época la educación apenas comenzaba a tomar importancia por lo que se puede decir que en este tiempo la sociedad del conocimiento no estaba presente en nuestro país, pero si el desplazamiento tecnológico como lo señalaba Feketekuty (1990) y de la población rural. Esta última parte del periodo se caracterizó también porque en el mundo, al igual que en el país, se introdujeron una serie de inventos como el telégrafo, el teléfono, el automóvil, el ferrocarril, el cine que, al igual que facilitaron de manera muy importante las actividades económicas y comerciales, también elevaron la calidad de vida de las personas y la sociedad, generándose un fuerte crecimiento del sector.

Lo anterior lleva a concluir que al final de este periodo se puede observar un despegue y ampliación de las libertades instrumentales del sector de los servicios para ampliar las capacidades de las personas, no obstante, su influencia en la ampliación de esas libertades aún es muy limitada, además, la contribución del sector con fuentes de empleo es poca y los ingresos son muy bajos dado el prácticamente nulo nivel de educación con que cuentan y la ausencia de derechos para los trabajadores por lo que la privación de libertades económicas, sociales, políticas y culturales es muy fuerte, por lo que hablar de desarrollo social o humano y sustentable aún es incipiente.

Un aspecto importante que se puede observar es que el funcionamiento del mercado es un elemento muy importante en el crecimiento del sector de los servicios, al igual que en el avance de

la ampliación de las libertades y oportunidades de los individuos, pues es a través de este que los servicios tuvieron cada vez mayor participación en el país y en la sociedad en su conjunto. Además de que la actividad económica generada por el sector contribuyó de manera muy significativa al crecimiento económico del país, indicador que es considerado un medio para la expansión de las capacidades y libertades de los individuos.

Etapas II. El sector servicios en el Modelo de Sustitución de Importaciones y el proteccionismo: Gran impulso del Estado a la generación de capacidades y libertades instrumentales para el desarrollo

El sector terciario de la economía no sólo continuó su auge en esta siguiente etapa de la historia del país, que duró de 1930 hasta principios de 1980, sino fue fuertemente impulsado debido principalmente a aspectos como: el surgimiento del Estado como motor de la economía y del bienestar de la sociedad (elevándose de una manera muy importante las capacidades y libertades individuales, no solo porque al promoverlas el Estado estas aumentaron sino también porque al comenzar a contar las personas con estas capacidades los mismos individuos se convirtieron en agentes de cambio), así como por las crecientes necesidades derivadas de la misma industrialización y la modificación del estilo de vida en las áreas urbanas.

Dado que la Gran Depresión en 1929 demostró que las correcciones en las fluctuaciones de la economía no se darían en forma automática (Tello, 2007), el Estado comenzó a intervenir en la economía así como a planificar el desarrollo del país. Esto empezó a notarse desde principios de los años 30 cuando se anunció un aumento en los aranceles a las importaciones y se devaluó la moneda³⁹, como respuesta a las medidas proteccionistas aplicadas por los países desarrollados para tratar de solventar la crisis, así como para suavizar los efectos propios que esta crisis causaba al

³⁹ En 1930 se modificó la Ley aduanal, aumentando en 25% los aranceles en su equivalente en términos ad-valorem. El peso se devaluó y se dejó flotar: 2.26 pesos por dólar en 1930, 2.65 en 1931, 3.16 en 1932 y 3.50 en 1933 (Tello, 2007).

país, teniendo como consecuencia el encarecimiento de las importaciones por lo que la demanda de bienes de consumo e intermedios extranjeros por parte de nacionales se trasladó hacia lo producido localmente, estimulando el proceso de sustitución de importaciones (Moreno-Brid y Ros Bosch, 2010).

En esta década se diseñó en el país una política económica, conocida como el modelo de sustitución de importaciones, inspirada en el llamado régimen de acumulación fordista⁴⁰, que se fundamenta en *una condición orgánica dinámica* que consiste en la articulación, por vías institucionales, de las esferas de la producción y del consumo, a través de la *producción en masa*⁴¹ y la *norma de consumo fordista*⁴²; y que en México consistió en incrementos de la productividad y el fortalecimiento de las instituciones, a través del colaboracionismo de clases y de un Estado promotor de la política social que bajo este contexto se podría llamar Estado del Bienestar. Este modelo vigorizó el mercado interno, permitió la industrialización, la urbanización y la modernización en el país (Gutiérrez Garza 2009 y 2011; Gutiérrez Garza y González, 2010 y), así como el crecimiento del sector servicios a lo largo del periodo.

En esta etapa, la participación del Estado se ve fortalecida por una gran cantidad de acciones, programas y proyectos realizados para promover el crecimiento económico y el desarrollo social lo que podría haber aumentado las libertades de los individuos para hacer lo que valoran, de tal forma que el gasto público en desarrollo económico y social se comienza a ubicar por encima del destinado a gasto militar y corriente (cuadro 5).

⁴⁰ Surge en Estados Unidos sustentado en un pacto social entre las clases, donde los empresarios reconocen a los trabajadores no solo como un costo de producción sino también como parte importante de la demanda. Este pacto se fundamenta en las ideas que aporta Keynes, a raíz de la crisis de 1929, con relación a la necesidad de la participación del Estado en la economía, pero se logra materializar hasta que se realizan una serie de reformas y se crean las instituciones del Estado del Bienestar después de la posguerra.

⁴¹ Producción basada en los procesos ford-tayloristas que se realiza en serie donde los trabajadores se especializan en una tarea fija y repetitiva.

⁴² Producto de las instituciones del Estado del Bienestar y la composición salarial: un componente directo y otro indirecto. El directo estaba vinculado a la inflación y la productividad; mientras que el indirecto tenía que ver con las prestaciones laborales.

Cuadro 5. Distribución porcentual del gasto del gobierno federal, según tipo de actividad

Año	Económico	Social	Militar	Administrativo
1934	23.2	15.0	22.7	39.1
1940	34.1	19.7	19.7	26.5
1955	50.5	12.8	8.0	28.7
1970	41.8	22.3	4.9	31.0

Fuente: Tello, 2007.

En 1934, el gobierno federal destinó un 38.2% del gasto federal a actividades relacionadas con infraestructura básica (como uso y aprovechamiento del agua, energéticos, de energía eléctrica, comunicaciones⁴³, transportes y fomento agropecuario), infraestructura social (servicios educativos y de atención a la salud) y actividades estratégicas (como la producción de acero, fertilizantes, papel y abasto de bienes de consumo básico); mientras que el 61.8% se destinaba a gastos militares y administrativos. Para 1970 las proporciones se invirtieron pues el gasto público orientado a fomento económico y social se incrementó a un 64.1% y solamente 35.9% se empleaba en gasto militar y administrativo, del cual sólo el 4.9% era para el ejército (Tello, 2007), elevándose la actividad en el sector terciario y en especial en las actividades que podrían representar una ampliación de las libertades de las personas.

Durante este periodo, la inversión pública en el país se multiplicó y se orientó a obras de infraestructura y al impulso de actividades estratégicas, debido a que eran insumos básicos para la producción industrial y necesaria para satisfacer las demandas de la población urbana que creció aceleradamente. Además, la participación del gasto federal en el Producto Interno Bruto (PIB) fue en aumento, pasando, por ejemplo, de un 8% en 1959 a 11% en 1970.

Una característica importante de esta época es que el gobierno estableció gradualmente control sobre la infraestructura básica: uso y aprovechamiento del agua; las comunicaciones:

⁴³ En la década de los 50, se firmó un convenio entre Telmex y el gobierno federal denominado Plan de Cinco Años, que pretendía desarrollar y modernizar los servicios de telecomunicaciones en el país (Arrazate, 2010).

construcción de carreteras, los ferrocarriles, los aeropuertos, los puertos marítimos, el correo, el servicio telegráfico⁴⁴; los energéticos: petróleo y energía eléctrica; obras en los centros urbanos: como agua potable, drenaje, alumbrado, calles y banquetas; en los servicios públicos concesionados a los particulares: transporte, telefonía⁴⁵, y radio⁴⁶, es decir, en esta época gran parte del sector terciario se encontraba en manos del gobierno, lo que podría facilitar el acceso a los diferentes servicios y con ello la posibilidad de ampliar las libertades de los individuos.

Este nuevo proceso de industrialización así como el cambio en el estilo de vida en las zonas urbanas, favoreció aún más el crecimiento del sector servicios, aparte de que se fueron integrando a este segmento nuevas actividades producto de nuevos avances tecnológicos. Por ejemplo, el 7 de octubre de 1949 se anunció oficialmente el establecimiento de la industria de la televisión⁴⁷ en México y solamente cinco años después, en 1954, se hizo la primera transmisión de televisión por cable en Nogales, Sonora, (Arrazate, 2010).

En el caso de Nuevo León, la entidad se vio fuertemente favorecida por las políticas nacionales de estímulo a la industria que se implementaron durante el periodo, ya que esto se combinó con una serie de factores que ya existían en la entidad, tales como un entorno adecuado, experiencia empresarial, disponibilidad de capital, existencia de una considerable planta industrial que debido a la crisis de 1929 se encontraba subutilizada, cercanía con la frontera de Estados Unidos; una amplia infraestructura de comunicaciones; acceso a energéticos y políticas estatales que favorecerían el desarrollo económico; dando como resultado un fuerte crecimiento de la industria

⁴⁴ La primer concesión de comunicaciones a distancia se otorgó en 1849 a Juan de la Granja y fue por una duración de 10 años (Álvarez, s/f).

⁴⁵ La telefonía comienza en México en 1878 con el primer enlace entre la Ciudad de México y la población de Tlalpan (Reyes, 1999), este servicio lo ofrecían, las empresas Compañía Telefónica Mexicana (La Mexicana) y Teléfonos Ericsson, S.A. (Mexeric), y debido al rápido crecimiento de la interconexión en 1947 se unen para dar origen a Teléfonos de México S. A. (Telmex), (Álvarez s/f). Para 1963 existían 9 concesionarias de telefonía aparte de Telmex, pero para 1981 la última concesionaria de servicios telefónicos independiente de Telmex era Telefónica de Ojinaga, SA que fue adquirida por Telmex convirtiéndose esta última en propietaria y concesionaria del servicio de telefonía en el país (Arrazate, 2010).

⁴⁶ Aparece en los años 30.

⁴⁷ Las primeras emisiones públicas de televisión fueron en 1927 en Gran Bretaña y en 1930 en Estados Unidos.

y de su producción, así como del sector servicios (Ortega, 2007). Además, la obra pública se enfocó a la dotación de servicios básicos, como agua y electricidad; desarrollo de infraestructura vial, la creación de instituciones de educación y cultura como la Ciudad Universitaria en 1933 (García, 2007 y Amores, 2007), lo que podría haber contribuido a ampliar las libertades de los individuos.

LA IED en la economía

Aunque al principio de esta época se dio una ola de salida de Inversión Extranjera Directa (IED) del país, debido a sucesos como la aceleración del programa de reforma agraria⁴⁸, la nacionalización de los ferrocarriles en 1937, la expropiación de la industria petrolera⁴⁹ en 1938 y la expansión de las funciones reguladoras del gobierno en todos los sectores de la economía, quedando la mayor parte de la actividad económica en manos de los sectores público y privado del país, a partir de la década de los 40 la IED regresa y cada vez en mayores cantidades como se verá más adelante.

La IED vuelve a jugar un papel muy importante en la economía mexicana, especialmente la procedente de Estados Unidos⁵⁰, de tal forma que la mayor parte de la producción de bienes de consumo, duraderos y no duraderos, la realizaban empresas transnacionales quienes se beneficiaban de las medidas proteccionistas impuestas por el gobierno para incentivar la sustitución de importaciones.

⁴⁸ En el sexenio de Cárdenas se distribuyeron 18.8 millones de hectáreas de tierra, beneficiando a más de 700 mil campesinos, es decir, se repartió más del 60% del total de tierras que hasta entonces se había realizado, dándole mayor importancia al desarrollo de ejidos colectivos (Moreno-Brid y Ros Bosch, 2010), lo que fue determinante para la estabilidad política en el país (Tello, 2007).

⁴⁹ Como un dato de referencia, en 1919 más de 80% del petróleo era exportado a Estados Unidos, al tiempo que las compañías de Estados Unidos producían el 73% del total del petróleo generado en México, las inglesas el 21%, las holandesas el 4% y las hispano-mexicanas el 2% (Moreno-Brid y Ros Bosch, 2010).

⁵⁰ La colaboración de México con Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial, así como la solución de diferentes problemas que existían entre ambas naciones, tales como la indemnización a norteamericanos por la reforma agraria, permitieron que las inversiones de ese país regresaran a México; mientras que precisamente debido a la guerra, Europa redujo sus relaciones con México.

En 1944 se decretó en el Diario Oficial que los extranjeros deberían solicitar permiso al Estado para adquirir la propiedad o control de empresas ya establecidas en los diferentes sectores de la economía. Los permisos podrían condicionarse a que los nacionales participaran, cuando menos, con 51% en el capital social y a que la mayoría de los socios administradores fueran mexicanos. Se podían omitir estos requisitos cuando las empresas se organizaran para establecer una explotación industrial nueva (DOF, 1944), instrumentando con esto una política para regular la entrada de la IED⁵¹.

La IED en el país pasó de un acumulado de 449 millones de dólares (MD) en 1940 a 834 MD en 1954, aumentando la proporción dirigida tan solo a la rama de comercio de un 3.5% a un 15% en esos años pues se empezaron a establecer empresas que, como Sears, revolucionaron el sistema de comercio en buena parte de los centros urbanos del país. Las altas tasas de ganancias⁵², un mercado protegido, estabilidad cambiaria y paz social eran elementos muy atractivos para la IED que entre 1959-1964 promedió más de 100 MD al año y, entre 1964-1970 más de 208 MD (Tello, 2007: 290 y 415).

El sector terciario en el empleo y el PIB

El empleo

En 1940 la población total del país era de 19.7 millones de personas, de las cuales 5.9 millones estaban ocupadas, es decir, el 30% de la población total; mientras que la proporción de la población ocupada en el sector servicios era de un 19% del total de ocupados. Para 1970, la

⁵¹ La Constitución de 1917 es el primer antecedente de la legislación de regulación de la inversión extranjera en el país. El artículo 27 establece que la nación tiene el derecho de imponer sobre la propiedad privada las modalidades que dicte el interés público; además, legisla el uso de los recursos naturales del país y prohíbe a los extranjeros la adquisición de tierras y aguas dentro de una franja de 100 kilómetros de las fronteras nacionales y una franja de tierra de 50 kilómetros de sus playas (DOF, 1917).

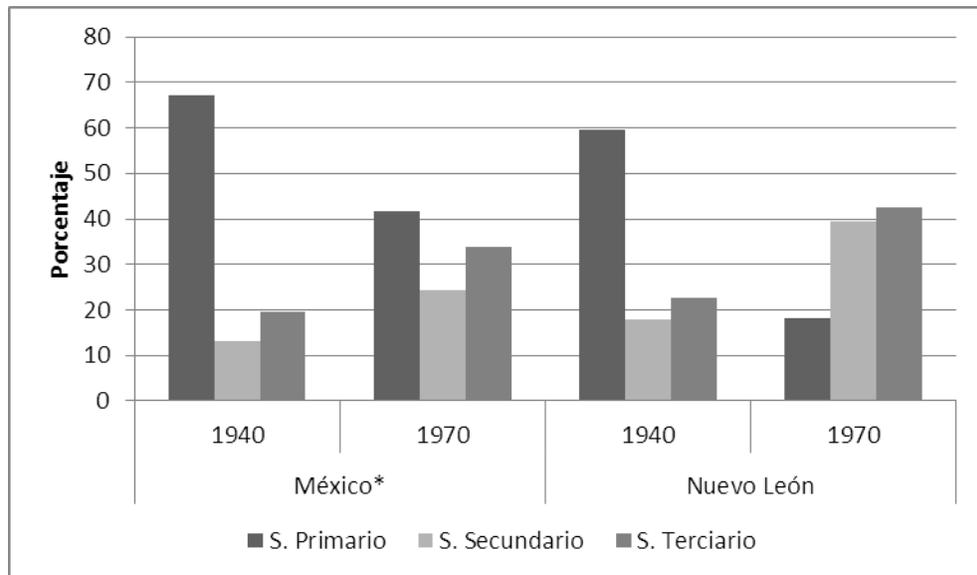
⁵² En esa época las ganancias que salían del país eran mayores que el ingreso de inversión.

población total era más del doble de la registrada en 1940 ya que había crecido un 145%, a 48.2 millones de personas; mientras que la población ocupada aumentó un 121%, a 13 millones de personas; disminuyendo a un 27% la proporción entre población ocupada y el total de la población, además, la población ocupada en el sector servicios aumentó un 270% en el periodo, representando el 32% del total de trabajadores en 1970.

En Nuevo León, en 1940 la población total era de 541 mil personas, de las cuales 151 mil estaban ocupadas, es decir el 28% de la población total; mientras que la proporción de la población ocupada en el sector servicios era de un 23% del total de ocupados. Para 1970, la población total del estado se había triplicado con relación a 1940, pues creció un 213%, a 1.7 millones de personas, y la población ocupada avanzó al mismo paso aumentando un 209%, a 468 mil personas; manteniéndose en 28% la proporción entre población ocupada y el total de la población, además, la población ocupada en el sector servicios creció 480% en el periodo señalado y el porcentaje de los trabajadores en este sector fue de un 42% del total de ocupados en 1970.

Como se puede observar en la Gráfica 1, durante el periodo de 1940 a 1970 la ocupación por sectores en el país y el estado se fue modificando pues el sector agrícola fue dejando de ser la principal fuente de empleos dejando ese papel a los sectores secundario y terciario, cambio que se dio con mayor profundidad en Nuevo León ya que en 1970 ambos sectores albergaban en conjunto al 81.8% de la población ocupada del estado (39.4% en el secundario y 42.4% en el terciario) y solamente el 18.2% se laboraba en el primario, frente al 41% en 1940 (18% secundario y 23% terciario) y el 59% en el primario.

Gráfica 1. Distribución porcentual de la población ocupada en México y Nuevo León por sector de actividad económica, 1940 y 1970



Fuente: Elaborada con datos de INEGI (2009 y 2008).

*El dato del sector secundario para 1940 sólo comprende las industrias del petróleo y extractiva, y la de transformación. Excluye construcción y generación de electricidad por no haber datos.

A nivel país, el porcentaje de los ocupados en actividades secundarias y terciarias en 1970 era de 58.2% (24.4% trabajaba en el sector secundario y 33.8% en el terciario) y 41.8% laboraba en el primario; frente al 32.7% de ocupados en el los sectores secundario y terciario en 1940 (13.1% y 19.6%, respectivamente) y un 67.3% en el primario.

De esta manera, a nivel nacional en 1970 aún destacaba el sector primario, de entre los tres sectores, como el principal generador de empleos, seguido del terciario y después del secundario; mientras que en el estado el sector terciario ya ocupaba el primer lugar, seguido del secundario y por último del primario.

En 1970, el sector terciario del país, que ya generaba el 33.8% del total de los empleos, creció en todas sus actividades destacando en particular la categoría llamada servicios, que se

incrementó un 865% con relación a 1940, las tres restantes categorías (comercio, transportes y actividades del gobierno) crecieron un poco más de 100% cada una de ellas, lo que se explica con lo ya señalado en relación al fuerte impulso que se dio en la creación de infraestructura básica para apoyo de la industrialización, como educación, salud, servicios financieros, comunicaciones, entre otras.

Además, cabe destacar que en este periodo que va de 1940 a 1970 la distribución de la población rural y urbana en el país se modificó pues al principio del periodo la población urbana representaba el 35% del total de la población y el restante 65% era población rural; mientras que al final del periodo las proporciones fueron 59% y 41% respectivamente, así, la tasa de crecimiento de la población urbana, de 311%, al pasar de 6.9 millones de personas a 28.3 millones, fue mucho mayor que la misma tasa de crecimiento de la población en general, de 145%; mientras que la tasa de crecimiento de la población rural fue de únicamente 56%, de 12.8 millones de personas a 20 millones, coincidiendo con lo ya señalado de que el proceso de industrialización así como la creciente importancia que adquirió el papel del Estado⁵³ en la economía impulsaron una fuerte demanda laboral en los sectores secundario y terciario incentivando, como señala Tokman (2004), la migración de mano de obra del campo a la ciudad y la incorporación de la mujer al trabajo; no obstante, otro factor determinante en la migración del campo a la ciudad fue el proceso de contrarreforma agraria que se aplicó en el país de la década de los 40 en adelante⁵⁴, ya que ante la falta de apoyo a los productores para autoconsumo éstos se vieron obligados a emigrar a las ciudades.

⁵³ Además, en ese tiempo el Estado funcionaba como mecanismo de creación de empleo dentro del marco que prevalecía entonces de la concepción Keynesiana del funcionamiento económico (Tokman, 2004). De acuerdo a la teoría keynesiana, modificaciones en el gasto público ocasionarán movimientos en la demanda agregada que tendrán consecuencias en el nivel de empleo, la inflación y el crecimiento de la economía (McConnell y Brue, 2001).

⁵⁴ Durante ese periodo se dejó a un lado el reparto de tierras para darle prioridad a la propiedad privada mediante los distritos de riego, los cuales se destinaban a pequeños propietarios que con frecuencia eran latifundios, y fueron los que se beneficiaron de los diferentes programas de fomento agrario (Moreno-Brid y Ros Bosch, 2010).

En este periodo, donde la participación del Estado como rector de las políticas de desarrollo del país era la característica principal, se logró hacer grandes avances en los cambios necesarios para ampliar las capacidades de los individuos y la sociedad en general dirigiéndose hacia un desarrollo más incluyente, aunque aún quedó mucho por hacer.

Los servicios de las comunicaciones

En el segmento de comunicación en la última década de este periodo se hicieron cambios institucionales, como los que en seguida se muestran, con la finalidad de continuar avanzando en el proyecto de desarrollo.

En 1960 se publicó la Ley Federal de Radio y Televisión en la que se prescribió la figura de concesiones y permisos para el uso de frecuencias del espectro radioeléctrico a fin de prestar servicios de radio y televisión abierta para que cualquier persona con el equipo adecuado pudiera recibir gratuitamente su programación. En 1962 se creó la Comisión Nacional del Espacio Exterior como un órgano técnico especializado de controlar todo lo relacionado con la investigación, explotación y utilización con fines pacíficos del espacio exterior, iniciándose de esta forma, la investigación espacial en México; en 1965 se creó el programa Nacional de Telecomunicaciones 1965-1970 que estableció la Red Federal de Microondas y a Telmex se le encomendó llevar a cabo el Proyecto Nacional de Telefonía (Álvarez, s/f). Además, desde 1966 México incursiona en la comunicación vía satélite al pertenecer a la Organización Internacional de Comunicaciones por Satélite, lo que le permite utilizar desde 1968 un segmento del INTELSAT mediante la estación ubicada en Tulancingo, Hidalgo (Corona, 2004). Con los juegos olímpicos de 1968 el país decidió modernizar el sistema de telecomunicación masiva que sirviera al interés público. (Álvarez, s/f).

Además, en 1972, el gobierno federal adquirió el 51% de las acciones de Telmex convirtiéndose en una empresa de participación estatal. Pero, por otro lado, la Comisión Nacional del Espacio Exterior, creada en 1962, dejó de existir en 1977 “por haberse efectuado una

redistribución de competencias”. En 1979 se expidió el reglamento de Servicio de Televisión por Cable, estableciendo los requisitos técnicos y administrativos para este tipo de servicios, mientras que la parte del contenido programático estaría sujeto a la Ley Federal de Radio y Televisión (Alvarez, s/f).

Servicios bancarios y financieros

Con relación a las actividades bancarias y de servicios financieros, las cuales tenían participación pública y privada, también crecieron de manera muy importante y acelerada en esta época beneficiadas por el ritmo general de la actividad económica y por las políticas existentes, además, fueron apoyo fundamental para el desarrollo agrícola, industrial y de servicios públicos del país (Tello 2007).

Para 1976 existían en el país más de 240 bancos, además, el Banco de México se convirtió en banco central (1932). Entre estos bancos estaban: el Banco Nacional Hipotecario Urbano y de Obras Públicas (1933); Nacional Financiera (NAFINSA) en 1934, el primer banco de desarrollo y fuente de financiamiento de la inversión industrial y de largo plazo; el Banco Nacional de Crédito Ejidal (1935); los Almacenes Nacionales de Depósito (Andsa) en 1936; la Compañía Nacional Exportadora e Importadora Mexicana (Ceimsa) en 1937, que después pasó a ser la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (Conasupo); el Banco Nacional de Comercio Exterior (1937); la Comisión Nacional de Valores (1946); el Banco Nacional Agropecuario (1965); la Bolsa de Valores de Occidente (1966); así como otros bancos nacionales y sus redes filiales, patronatos, aseguradoras, afianzadoras, arrendadoras, instituciones no bancarias, fideicomisos que operaban como banca de segundo piso, comisiones controladoras, bancos regionales, entre otros.

Sin embargo, el sistema financiero mexicano sufre cambios importantes a finales del periodo, pues en 1974 se aprueba una nueva Ley de Mercado de Valores, con la cual se establece el marco legal para el desarrollo de intermediarios financieros no bancarios; en 1976 se publican las reglas para el establecimiento y operación de la banca múltiple, es decir, instituciones que pueden,

en una misma sociedad, operar diversos instrumentos de captación de recursos y de concesión de créditos, tales como operaciones de depósito, financieras, hipotecarias, de ahorro, fiduciarias, inversiones a plazo, etcétera; lo que se tradujo en la desaparición de la banca especializada y el surgimiento de la banca múltiple por lo que para 1978 las instituciones de crédito ya se habían reducido a 104 (22 eran banca múltiple) y para 1982 eran 68, de las cuales 35 eran bancos múltiples. Además, en 1977 se crea la Comisión Nacional de Valores encargada de supervisar y regular las operaciones en los mercados de capital y de dinero.

En Nuevo León, a parte de las instituciones financieras que ya existían, se agregaron 11 nuevos bancos en este periodo, 30 sociedades de fomento y uniones de crédito, 3 almacenes de depósito y una Bolsa de Valores de Monterrey (1950)⁵⁵. Entre estas instituciones estaban el Centro Bancario de Monterrey (1925); la financiera Crédito Industrial de Monterrey (1932), el Banco Popular de Edificaciones y Ahorros (1934); Compañía General de Aceptaciones (1936) y Financiera del Norte (1936); en 1937 surge la Compañía de Seguros Monterrey del Círculo Mercantil; la Aseguradora del Norte (1939); Financiera de Crédito (1939); el Banco Regional del Norte (Banorte), creado en 1947; y el Banco Ganadero e Industrial; entre otras (Ortega, 2007 y Flores, 2000).

Educación

Las actividades relacionadas a la educación tuvieron un fuerte ímpetu desde el inicio de este periodo pues la población educada era un elemento esencial para la industrialización.

“...desde 1935 se inició un nuevo proceso de institucionalización de la investigación bajo la premisa de que la ciencia y la tecnología son pilares del desarrollo económico...” (Corona, 2004: 149).

⁵⁵ Dejó de funcionar en 1973 cuando se decretó la existencia de una sola bolsa en el país quedando la de la Ciudad de México.

Fue un periodo de establecimiento de institutos de investigación científica y tecnológica, algunos para satisfacer necesidades de las ramas de energía como petróleo, electricidad y nuclear (Corona, 2004).

También, se hicieron grandes esfuerzos para crear una serie de instituciones de educación a todos los niveles, así como de cultura y arte, como el Consejo Nacional de la Educación Superior y la Investigación Científica (1935), el Instituto Politécnico Nacional (1937), la Casa de España (1938) –que dio origen a El Colegio de México–, el Instituto de Antropología e Historia (1939), la Escuela Normal Superior (1943); en 1944 se crean una serie de instituciones para atender las necesidades de la educación básica tales como la Campaña Nacional contra el Analfabetismo, el Comité Administrador del Programa Federal de Construcción de Escuelas, la Comisión Revisora y Coordinadora de los Planes Educativos y Textos Escolares y el Instituto Federal de Capacitación del Magisterio; el Instituto Nacional de Bellas Artes y el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM) se crearon en 1946; el Instituto Nacional Indigenista (1948), la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Educación Superior (ANUIES) se creó en 1950; el Instituto Nacional para la Juventud (1950), el Centro Regional de Educación Fundamental para la América Latina (CREFAL) en 1951, la Ciudad Universitaria (1952); la Comisión de Libros de Texto Gratuitos (1958). Durante los años que van de 1958 a 1970, se multiplicaron los institutos Tecnológicos Regionales, se crearon los primeros Centros de Capacitación para el Trabajo Industrial y Agropecuario, se estableció el Centro Nacional de Enseñanza Técnica Industrial y, dentro del Instituto Politécnico Nacional, se creó el Centro de Investigación y de Estudios Avanzados (CINVESTAV); así como una red nacional de museos, universidades, politécnicos, el Fondo de Cultura Económica y fideicomisos que atendían actividades culturales y educativas, la construcción de escuelas rurales y urbanas, entre otras (Tello, 2007). Además, en 1971 se estableció el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT); en 1972 se decretó la Ley de Registro de Transferencia de Tecnología y Uso y Explotación de Patentes y Marcas; en 1973 se creó la

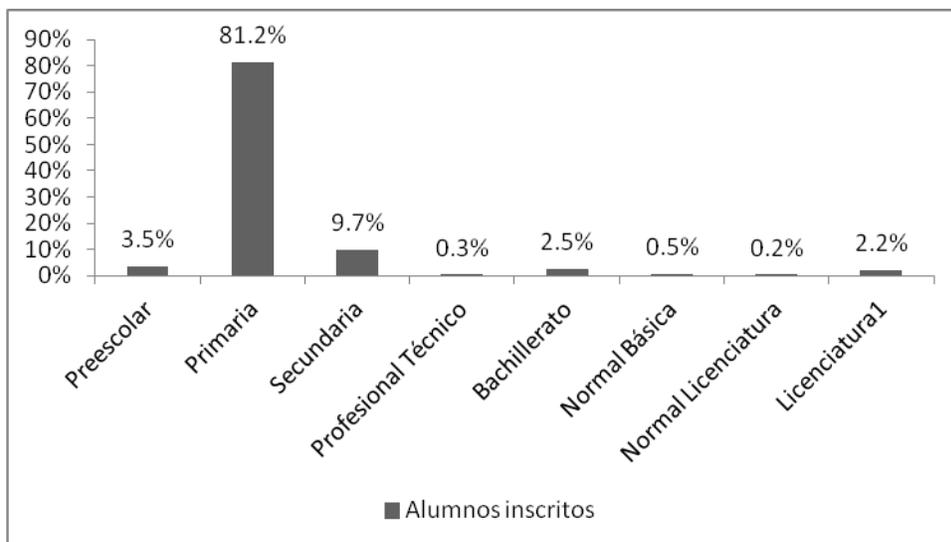
Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) y en 1974 el Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE).

Asimismo, también surgieron una serie de escuelas privadas como la Universidad Iberoamericana (1943); la Universidad del Valle de México (1960); la Universidad La Salle (1962); la Universidad Tecnológica de México (UNITEC) en 1966; Universidad Panamericana (1967).

Como se puede observar, los esfuerzos por promover la educación en todos los niveles fueron muchos, elevándose de esta manera las capacidades y libertades de las personas, y se puede percibir al revisar las estadísticas. En 1958 había 4.8 millones de alumnos en todos los niveles de educación en el país, frente a 11.5 millones que había en 1970; mientras que el índice de analfabetismo pasó de un 44% en 1950 a 26% en 1970. El gasto público en educación creció de manera constante a lo largo del periodo, por lo que su participación en el gasto total pasó de ser, por ejemplo, 21.6% en 1958 a 34.6% en 1970, es decir, el 3% del PIB (Tello, 2007: 419).

No obstante que la educación era una política importante en esta época y que el 50% de la población con edades entre 5 y 24 años se encontraba estudiando en 1970, la política estaba especialmente orientada a la cobertura de la educación básica, es decir, preescolar, primaria y secundaria (Gráfica 2).

Gráfica 2. Distribución porcentual de la matrícula en México en el año escolar 1970-1971



Fuente: SEP. Estadística Histórica del Sistema Educativo Nacional.

Por lo que la formación de personas con preparación técnica o profesional era muy poca, ya que solamente representaban el 5.6% de los matriculados en ese año. El 3.2% eran de educación media y solamente 2.4% estaban inscritos en educación superior incluyendo posgrado.

Sin embargo, es importante señalar que la década de los 70 se caracterizó por ser el período de mayor crecimiento en la historia de la educación superior en México, tanto en la matrícula como por el crecimiento en el número de instituciones, de programas académicos y de la planta docente (Díaz, 1999). En esa década la población escolar universitaria se incrementó de 250 mil a 750 mil (Rodríguez, 1994), mientras que se crearon ocho nuevas instituciones educativas en estados donde no las había, por lo que para finales de 1979 se contaba con 38 universidades en todo el país (Díaz, 1999). No obstante, este repunte no se dio en las mejores condiciones pues se descuidó la calidad de la educación universitaria impartida, además de que se dio un alejamiento respecto a la investigación, la innovación intelectual y pedagógica así como una desvinculación entre la universidad y el mercado de trabajo (Rollin (1990), reduciéndose de esta manera el beneficio que

traería consigo las políticas de promoción de la educación que se venían aplicando pues la educación no se traduciría en generación de conocimiento o mayor productividad, por ejemplo.

En Nuevo León, debido a que el estado se caracterizaba por tener una industria productora de bienes intermedios y algunos de capital, la necesidad de mano de obra calificada era alta, impulsando la creación de centros educativos, por lo que en esa época, el estado ya se perfilaba como un importante centro educativo pues contaba con varias instituciones de educación superior públicas y privadas: la Universidad de Nuevo León (fundada en 1933), el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey (1943); la Universidad de Monterrey (1969), la Universidad Regiomontana (1969); el Centro de Estudios Universitarios de Monterrey (1970); la Universidad del Norte (1973); la Universidad Mexicana del Noreste (1976); el Centro de Estudios Superiores de Diseño Monterrey (1978) y Arte, A. C. en 1979 (Amores, 2007); agregándose muchas más posteriormente en la etapa del neoliberalismo.

Servicios de salud

Otro segmento del sector terciario que creció de manera tan importante, como lo hizo el educativo, durante esta época fue el de la salud, en particular, los servicios de salud prestados por el gobierno. Además de que junto con esto se dio un nuevo fenómeno: la mayoría de los médicos dejaron de ejercer una profesión liberal o de mercado⁵⁶, para pasar a realizar una profesión asalariada.

La participación del Estado en el campo de la salud inicia en la tercera década del siglo XX con la entrada en vigor de la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, en 1934, la cual contempló la realización de convenios entre el Departamento de Salubridad y los Gobiernos de los Estados para crear los Servicios Coordinados de Salud Pública, órganos regionales

⁵⁶ De acuerdo a Larson (1977), la medicina fue primero una profesión estamental, después una profesión liberal o de mercado (donde las personas con esta preparación gozan de independencia y autonomía en el ejercicio de su profesión) y, por último, una profesión asalariada (Larson, 1977; Guillén, 1990).

de competencia coordinada y concurrente, con el fin de lograr la unificación técnica de los servicios; y la creación, en 1937, de la Secretaría de Asistencia (SS, s/f).

En Nuevo León el inicio de la participación del gobierno en el sector salud se da en 1935 cuando se suscribe el convenio de coordinación de las labores sanitarias entre la Federación y el estado de Nuevo León, con la aprobación del Congreso del Estado. La entidad fue dividida en 8 Circunscripciones Sanitarias, hoy llamadas Jurisdicciones Sanitarias, contando cada una de ellas con Centros de Higiene (NL, s/f).

Sin embargo, esta participación del Estado en el sector de la salud comienza a darse en gran escala a partir de la creación, por decreto presidencial, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el 15 de mayo de 1943⁵⁷ y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), esta última mediante la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad Pública el 15 de octubre de ese mismo año (Nigenda, Troncoso, Arreola, López y González (s/f) y Fajardo, et al, 2002). Además, también en 1943 se inaugura el Hospital Infantil de México y surgen las unidades de atención especializadas, que por su nivel de excelencia al paso del tiempo se convirtieron en institutos nacionales de salud (López, 2002), tales como el Instituto Nacional de Cardiología (1944); el Instituto Nacional de Cancerología (1946); el Instituto Nacional de Pediatría (1970); el Instituto Nacional de Perinatología (1977); el Instituto Nacional de Psiquiatría (1978), entre otros.

A partir de entonces se da una clara diferenciación entre los sectores público y privado en salud: caracterizándose el primero de ellos por ser el regulador del sistema de salud; porque las instituciones se financian a través de fondos federales, estatales o locales provenientes de

⁵⁷ La seguridad social fue adoptada en México 8 años después que Estados Unidos, quien lo hizo en 1935. En América Latina, Cuba, Ecuador y Perú instrumentaron el seguro social aproximadamente al mismo tiempo que Estados Unidos, mientras que hubo países que lo hicieron mucho antes como Argentina, Brasil, Chile y Uruguay (Mesa-Lago, 1986).

impuestos; y además, porque existe una red de unidades de atención en instituciones públicas y de seguridad social; y el segundo de ellos porque el financiamiento se da a través del pago directo o de bolsillo por servicios prestados, así como mediante mecanismos establecidos por las aseguradoras privadas. Además, en este último sector las unidades de atención generalmente no están articuladas entre sí (Nigenda, et al (s/f)).

La afiliación de trabajadores al IMSS se inició en julio de 1943 en el DF, extendiéndose a Puebla en 1945; a Monterrey, Nuevo León, en agosto de ese mismo año; a Guadalajara, Jalisco, en abril de 1946; a Orizaba, Veracruz, en marzo de 1947 y a los municipios aledaños al DF en marzo de 1948. El IMSS cubrió tres ramas de seguro: seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, para el cual el patrón aportaba 1.84% del salario pagado; seguro de enfermedades generales y maternidad, y seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte (Fajardo, et al 2002).

De acuerdo a (SS, s/f), en 1947 se publicó la Ley de Secretarías y Departamentos, la cual otorgó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia facultades para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud; la asistencia y la beneficencia pública. Ese mismo año, se confió a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, además, en 1954 se creó la Comisión Nacional de Hospitales. Por decreto se encomendó, a la SSA la tarea de orientar los programas de construcción y organización de unidades hospitalarias y se declaró de interés y beneficio social la campaña para erradicar el paludismo.

En 1959 se modificaron 26 artículos de la Ley de Seguro Social, lo que permitió asegurar a trabajadores agrícolas, pues antes solo se atendía a trabajadores urbanos, además, el 31 de diciembre de ese mismo año se publicó en el Diario Oficial la ley que permitía la creación del Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), un organismo

descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, la cual fue modificada para crear el fondo de la vivienda operado por el instituto, el 28 de diciembre de 1972 (Fajardo, et al 2002).

En 1961 se promulga la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM); posteriormente se consolidan los servicios de seguridad social de Petróleo Mexicanos y al mismo tiempo continúan creciendo los servicios médicos privados (López, 2002).

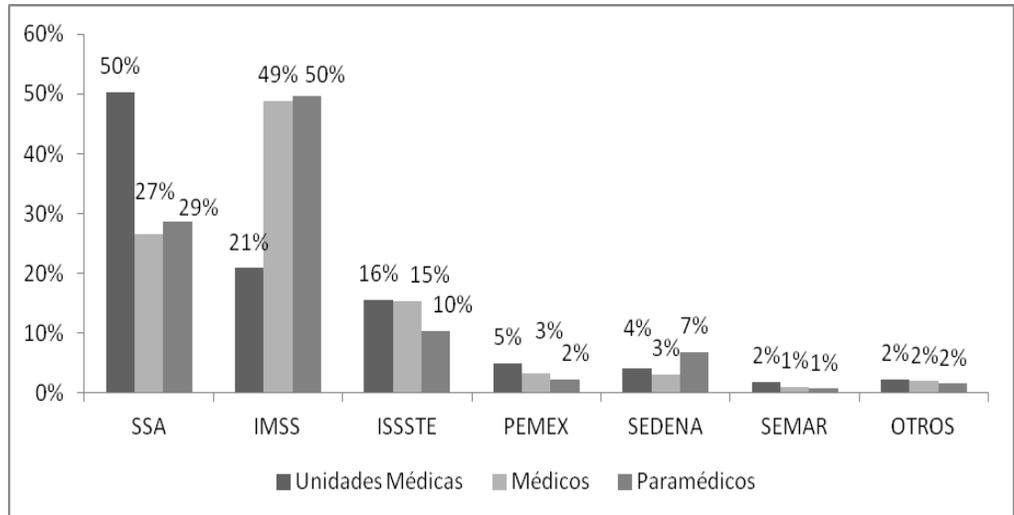
El crecimiento del sector salud fue muy acelerado, por ejemplo, en 1958 el IMSS tenía más de 900 mil derechohabientes, cantidad que aumentó a 2 millones 200 mil en 1965; mientras que el ISSSTE ya contaba con 350 mil derechohabientes y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) atendía a la población abierta, esto significó que para ese último año más del 80% de los médicos titulados del país prestaba sus servicios a alguna de estas instituciones de salud (Tello, 2007).

Para 1970 había en el país: 4 mil 92 unidades médicas, 40 mil 191 camas censables; 23 mil 2 médicos, 38 mil 091 paramédicos⁵⁸, 9 millones 895 mil 629 personas asegurada y se realizaron 65 millones de consultas externas (INEGI, 2010), lo que sugiere que por cada 100 mil asegurados había en promedio 41 unidades médicas, 232 médicos y 385 paramédicos. Además, en promedio cada médico realizaba 12 consultas diarias.

Sin embargo, la mayor parte de la infraestructura pertenecía a la SSA, seguida del IMSS, el ISSSTE, PEMEX y demás instituciones de salud; mientras que en el caso de los recursos humanos, las contrataciones se concentraban principalmente en IMSS, después en la SSA, el ISSSTE, SEDENA y el resto (gráfica 3).

⁵⁸ Comprende enfermeras (auxiliares, generales, especialistas y otras), personal en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y otro personal paramédico.

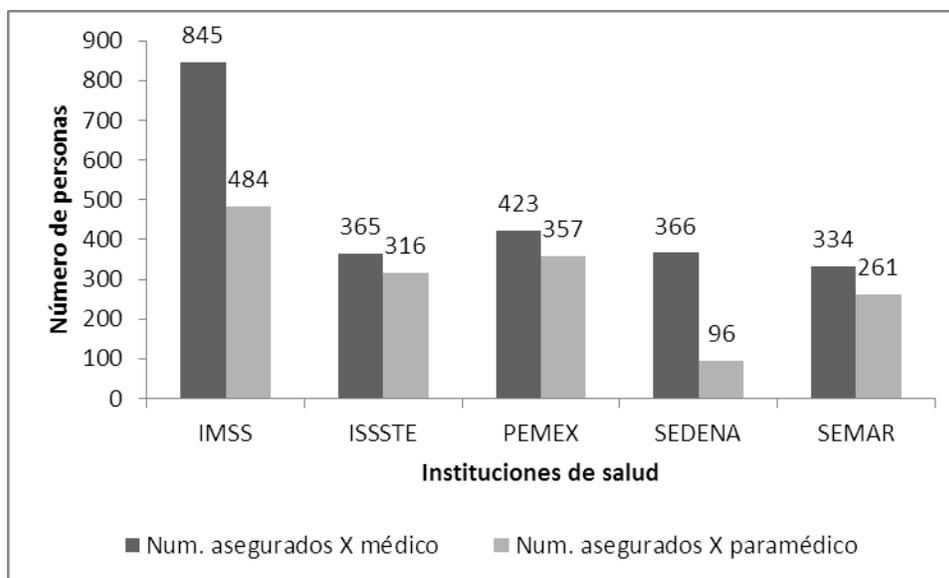
Gráfica 3. Proporción de unidades médicas, y recursos humanos, por institución de salud pública. México, 1970



Fuente: INEGI, 2010.

No obstante, la distribución del personal de la salud en el sector público mostraba una mayor concentración en el IMSS, la intensidad de trabajo de los médicos era más en esta misma institución que en el resto al ser la que superaba, por mucho, al resto de las instituciones en relación al número de asegurados por médico, siguiéndole PEMEX, SEDENA, ISSSTE Y SEMAR (gráfica 4).

Gráfica 4. Número de asegurados por médico y por paramédico en las instituciones de salud pública. México, 1970⁵⁹



Fuente: INEGI, 2010.

En el caso del número de asegurados por paramédico, el IMSS continuó siendo el principal, seguido de PEMEX, ISSSTE, SEMAR Y SEDENA.

El sector servicios en el PIB

Durante este periodo de sustitución de importaciones el sector terciario mantuvo su predominio en la participación que hacía al PIB (Cuadro 6).

⁵⁹ La gráfica no incluye a la SSA porque esta atiende a la población abierta, es decir, a la que no está asegurada.

Cuadro 6. Estructura porcentual del PIB de México por sector de actividad económica 1940 y 1970

Sector	1940	1970
Primario	19.4	11.6
Secundario	25.1	34.5
Terciario	55.5	53.9

Fuente: Moreno-Brid y Ros Bosch, 2010.
Cifras con base a precios de 1960.

Esto, debido al fuerte crecimiento de los servicios sociales, tales como los servicios educativos y los de salud; así como por la estrecha relación que existe entre el sector servicios y el secundario, el cual se encontraba en franco crecimiento; mientras que la participación del sector primario cayó significativamente a 11.6% lo que se debió a diferentes factores, entre ellos (Guillén, 1986), la política económica (que fue disminuyendo la inversión federal destinada al campo); la transferencia de recursos que hacía el sector primario al conjunto de la economía por medio del sistema financiero (limitando cada vez más sus posibilidades de modernización y crecimiento) y; el fuerte deterioro de los precios de los productos agrícolas con respecto a los precios de los productos industriales (ya que estos últimos se mantenían elevados apoyados en la política proteccionista del gobierno).

De esta manera, se puede observar que en este periodo revisado, las actividades del sector servicios mostraron un fuerte avance en la generación de oportunidades para expandir las libertades de los individuos. A pesar de las limitaciones que se hubieran tenido en el proceso de ampliación de servicios como los de salud y la educación, se puede señalar que la expansión de estos servicios y el aumento de la cobertura no hubiera sido tal sin la activa participación del Estado pues, como indica Sen (2000), no obstante es importante la presencia del mercado en la ampliación de las libertades, la intervención del Estado juega un papel fundamental para resolver las inequidades que el mercado

genera así como para cuidar que todas las personas cuenten con capacidades básicas, como asistencia sanitaria primaria y educación básica, que son bienes públicos.

Crisis y agotamiento del modelo de sustitución de importaciones

Para la década de los sesentas ya se daban una serie de contrastes que comenzaban a debilitar el modelo de sustitución de importaciones en el país. De acuerdo a Guillén (1986), en esta época se dio un constante crecimiento de la capacidad de producción, pero a la vez existía una débil capacidad de consumo de las clases populares y la tecnología que se importaba era ahorradora de mano de obra, lo que empezaba a dificultar la continuación del modelo económico.

Además, el surgimiento de conceptos como competitividad y reducción de costos llevó a que en esta década comenzara a tener auge en el país la subcontratación laboral, u outsourcing⁶⁰, apareciendo inicialmente en la prestación de los servicios de limpieza y vigilancia a las empresas, y posteriormente extendiéndose a una gran cantidad de aspectos como la dotación de personal (Rivera, 2010).

Lo anterior se conjugó con una serie de problemas económicos y financieros. En la década de los 70 ocurrieron fenómenos internacionales que tuvieron también un impacto a nivel nacional y que acentuaron el debilitamiento del modelo de sustitución de importaciones en el país. Por ejemplo, en 1973 se vivió el primer shock del precio internacional del petróleo, subiendo éste fuertemente⁶¹ y ocasionando, por un lado, que las compañías y países exportadores de petróleo

⁶⁰ El trabajo subcontratado se define como aquel en el que se establecen relaciones entre dos empresas, una usuaria y otra de colocación, donde la primera contrata a la segunda para la realización de alguna o varias etapas de la producción de bienes o de prestación de determinados servicios, que la segunda empresa se compromete a llevar a cabo por su cuenta y riesgo y con recursos financieros propios (Partida, 2001), citado por Rivera (2010).

⁶¹ Diferentes elementos se conjugaron para que en los años de los 70 se produjera una percepción de escasez de petróleo, que llevó al incremento de su precio internacional: a) la creencia de que había un desequilibrio entre la disponibilidad del hidrocarburo y sus demanda futura, la cual se basaba en los conocimientos que hasta entonces había sobre los yacimientos petrolíferos y en que la tasa de crecimiento del uso del energético era de alrededor de 5% anual en promedio en el periodo de 1945-1973; b) a los cambios en el control y la propiedad del mercado petrolero internacional; y c) la idea de que el petróleo no tenía sustitutos (Garza

registraran fuertes entradas de dólares, y por el otro, que los países importadores del crudo enfrentaran altos costos para poder adquirir el energético, el cual no tenía sustitutos, generando problemas de inflación y desaceleración económica en estos últimos (Soros, 2008) además; esta década fue testigo del desmoronamiento del sistema de paridades de Bretton Woods (Tokman, 2004). La modificación del sistema cambiario mundial, junto con el fuerte incremento de los ingresos en dólares por las ventas petroleras propició, entre otras cosas, que los bancos de los principales centros financieros entraran en el reciclaje de petrodólares⁶², tomara mayor fuerza el mercado de eurodólares⁶³ y empezara el auge de los préstamos internacionales. La mayoría de los negocios que se hacían se dirigían al extranjero y los bancos de Estados Unidos formaban holdings⁶⁴ para escapar de la regulación interna, que para entonces aún era estricta, se inventaron muchos instrumentos financieros y técnicas de financiación de tal forma que hubo una explosión del crédito internacional entre 1973 y 1979 (Soros, 2008), al que México y muchos otros países tuvieron acceso.

Producto de la elevación del precio del crudo, Estados Unidos, al igual que el resto de los países importadores de petróleo, se encontraba en medio de una estanflación, una combinación de inflación creciente y alto desempleo (Soros, 2008) que, junto con la aparición de indicadores como el decrecimiento de la productividad y el aumento del costo laboral ocasionaron que el modelo del Estado del Bienestar entrara en crisis, traduciéndose en una crisis mundial (Ramírez, 2001), ya que dos de los principales factores que regulaban el régimen de acumulación fordista dejaron de funcionar de manera sincronizada en los países desarrollados: el dinamismo del mercado interno y el sistema de fondos de pensión; lo que se tradujo en un debilitamiento de la norma de consumo

Galindo, 1994). El precio del petróleo pasó de 1.8 dólares por barril en 1971 a 41 dólares por barril en 1980 (<http://www.mgar.net>).

⁶² Dólares obtenidos por la venta de petróleo.

⁶³ Se refiere a los dólares americanos adquiridos y negociados por un banco cuya residencia está fuera de Estados Unidos (<http://economia48.com>)

⁶⁴ Se refiere a las sociedades que no ejercen por sí mismas ni la industria ni el comercio, su objetivo es la tenencia y posesión de acciones de otras empresas teniendo de esta manera su control (<http://www.financiero.com>).

fordista, eje sobre el que se articulaba el fordismo. No obstante, la crisis del fordismo se agudizó aún más debido a que en esta década emergió en Japón una nueva forma de producir y administrar las relaciones industriales y laborales, conocida como toyotismo u Ohonismo, la cual se convirtió en un paradigma universal debido a que era fuente de productividad, se elaboraban productos más baratos y de mejor calidad. Este nuevo paradigma, centrado en los equipos flexibles y computarizados; los robots; y en el trabajo flexible, donde se involucra al trabajador y el ejercicio intelectual en el contenido del trabajo; se contraponía al modo de producción estadounidense, que giraba en torno a una tecnología rígida, inflexible y de tareas fragmentadas, con productividad decreciente y donde el papel más importante lo jugaban las máquinas y no las personas, quedando manifiesta la decadencia del modelo de producción fordista (Gutiérrez Garza, 2003 y 2009; y Gutiérrez Garza y González, 2010).

La crisis del fordismo originó el cuestionamiento del pensamiento keynesiano, sobre el cual descansaba este régimen, y en su lugar surgió el paradigma neoliberal como una opción de política pública en los países desarrollados.

En 1979 se da un segundo shock petrolero reforzando las presiones inflacionistas en Estados Unidos, por lo que la Reserva Federal (FED) permite, contrariamente a lo que antes sucedía, que las tasas de interés de los fondos federales fluctúen libremente, llegando éstas a subir a niveles no previstos. Esta modificación en la política monetaria estadounidense anunció el cambio de modelo económico de ese país hacia el neoliberal⁶⁵, el cual gira en torno a las leyes del mercado (Guillén, 1986), e inmediatamente tuvo impacto en la economía interna y en la externa. Con relación a la economía interna, ocasionó un desplazamiento de capitales del exterior hacia Estados Unidos, debido al aumento del rendimiento, los cuales fueron utilizados en la reconversión

⁶⁵ En esta época, las naciones desarrolladas comienzan a dejar a un lado el modelo del Estado del Bienestar para tomar el modelo neoliberal: Inglaterra en 1979, Estados Unidos en 1980, Alemania en 1982, Dinamarca en 1983, así como los países latinoamericanos (Ramírez, 2001), estos últimos obligados por los organismos financieros internacionales.

industrial para salir de la crisis del fordismo así como para la creación de nuevos instrumentos financieros para evitar la crisis del sistema de pensiones (Gutiérrez Garza, 2009); mientras que en el exterior, tuvo consecuencias devastadoras en las economías subdesarrolladas ya que no solo les implicó salida de recursos financieros sino que elevó los intereses de la deuda que estas naciones habían contraído en el exterior.

Esto ocasionó, por ejemplo, que préstamos adquiridos por México en 1977 a tasas de interés del 5.5%, en menos de seis meses la tasa de interés se duplicó, y para 1981 se triplicó a 16.4% (Gutiérrez Garza, 2009). El problema financiero de México se agravó aún más debido a que en ese tiempo el precio del petróleo registró una fuerte caída⁶⁶, producto de la disminución de la demanda mundial de crudo y del menor control que la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP) tenía sobre la producción mundial del energético. Estos eventos redujeron de manera significativa la entrada de divisas al país, del orden de diez mil millones de dólares⁶⁷ (Guillén, 1986:114), ocasionando que la nación entrara en una situación de imposibilidad de pago de su deuda externa, pública y privada,⁶⁸ convirtiéndose en el detonador de la mayor crisis⁶⁹ en la región desde 1929 (Rendón y Salas, 2000). Mientras que la baja en el precio del crudo significó un beneficio para los países importadores de petróleo, entre ellos Estados Unidos, contribuyendo a la solución de la crisis mundial.

⁶⁶ El precio del petróleo bajó a 34 dólares por barril en 1982 y a 29 dólares por barril en 1983 (<http://www.mgar.net>).

⁶⁷ A principios de los años 80 el petróleo era el principal producto para la exportación en México, ya que representaba el 75% de las exportaciones totales (Rodríguez, s/f).

⁶⁸ Debido al modelo económico proteccionista que entonces prevalecía, el agotamiento que ya se presentaba en el mercado interno, así como el deterioro en los términos de intercambio de las economías más abiertas; existía la necesidad de contar con las divisas necesarias para importar los bienes de capital o insumos necesarios para la producción, lo que condujo al endeudamiento externo. El endeudamiento fue muy alto debido a esa necesidad y voluntad para endeudarse, así como por el fácil acceso que había a los créditos de la banca privada internacional (Rendón y Salas, 2000). Hasta antes de la crisis de deuda externa la mayor parte de los créditos externos a la región de América Latina provenía del sector privado, lo que hizo más complejas las negociaciones con los acreedores. Este tipo de endeudamiento se reanudó en la década de los 90 con bancos, fondos de pensiones e inversionistas institucionales (Tokman, 2004).

⁶⁹ El 12 de agosto de 1982, Jesús Silva Herzog, ministro de Finanzas de México, informó a Regan, secretario del Tesoro de Estados Unidos; a Volcker, presidente de la Reserva Federal y a Jacques de Larosiere, director general del Fondo Monetario Internacional, que México no sería capaz de cubrir los pagos de deuda que vencían el 15 de agosto. El anuncio se hizo público el 13 de agosto, marcando el comienzo de la “crisis de deuda” (BM, s/f).

A raíz de la crisis de deuda y de la reducción de préstamos del exterior, México se vio en la necesidad de tomar medidas drásticas tales como la nacionalización de la banca, fuertes restricciones a las importaciones y la instauración de un rígido control de cambios. Sin embargo, como el problema financiero no se resolvía, en 1982 tuvo que firmar una nueva “Carta de intención” con el Fondo Monetario Internacional (FMI), con el fin de obtener ayuda financiera⁷⁰ y conseguir el aval del Fondo para solicitar un nuevo plazo para el reembolso de la deuda externa⁷¹ a los principales acreedores (Guillén, 1986).

Al igual que México, los países latinoamericanos se hicieron dependientes de los créditos otorgados por los organismos internacionales⁷² (el FMI, el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID)), así como de los gobiernos de países industrializados, especialmente Estados Unidos (EU). Todo esto llevó a que dichas naciones prestatarias redujeran su autonomía en la determinación de sus políticas de desarrollo pues los préstamos, se condicionaban a la aplicación de cambios en la política económica de cada país; bajo el argumento de que la utilización de este tipo de recursos no era un derecho, sino un privilegio (Rendón y Salas, 2000 y Guillén, 1986), lo que llevó a un proceso de dejar a un lado el modelo de sustitución de importaciones y adoptar el modelo neoliberal.

En conclusión, en esta segunda etapa, llamada sustitución de importaciones se puede observar que a lo largo de este periodo, la importancia de las diferentes actividades del sector servicios como libertad instrumental se incrementó de manera extraordinaria para la generación de oportunidades que permitieran la expansión de las libertades de los individuos pues se puede señalar

⁷⁰ El acuerdo otorgaba un crédito de facilidad ampliada, en un principio por 4,100 millones de dólares (Rodríguez, s/f).

⁷¹ Para 1982, la deuda pública externa era de 58,146 millones de dólares (29.8% del PIB) y la deuda externa total era de 84,145 millones de dólares (43.1% del PIB) (Rodríguez, s/f).

⁷² La crisis de 1982 fue la primera vez en que se aplicó la estrategia de ayudar a los deudores a escala internacional y fue debido a que si se hubiera permitido a los países no pagar sus préstamos, el sistema bancario internacional se hubiera vuelto insolvente pues el dinero que debían los países prestatarios excedía por mucho el capital propio de los bancos internacionales. Esto sucedió en 1932 y causó la Gran depresión (Soros, 2008).

que la expansión de estos servicios y el aumento de la cobertura no hubiera sido tal sin la activa participación del Estado. Como indica Sen (2000), no obstante es importante la presencia del mercado en la ampliación de las libertades, la intervención del Estado juega un papel muy importante para resolver las inequidades que el mercado genera así como para cuidar que todas las personas cuenten con capacidades básicas, como asistencia sanitaria primaria y educación básica, que son bienes públicos.

Es decir, en este periodo donde la participación del Estado como rector de las políticas de desarrollo del país era la característica principal, se logró hacer grandes avances en los cambios necesarios para ampliar las capacidades de los individuos y la sociedad en general dirigiéndose hacia un desarrollo más incluyente, aunque aún quedó mucho por hacer.

En el caso de la libertad instrumental de los servicios de salud, estos recibieron un fuerte impulso por parte del gobierno que realizó acciones para la creación de diferentes instituciones de seguro social, que se encargarían de atender a los trabajadores formales, así como Salubridad y Asistencia cuyos servicios estaba dirigidos a atender al resto de la población, de esta manera se dio una ampliación de la libertad de la salud a una gran cantidad de individuos y la sociedad en su conjunto, aspecto esencial del desarrollo humano y sustentable.

Con relación a la libertad instrumental de los servicios educativos, se puede señalar que en esta etapa se inicia el proceso rumbo a la sociedad del conocimiento pues se institucionaliza la investigación considerando que la ciencia y la tecnología son pilares del desarrollo económico, y se emprenden enormes esfuerzos para combatir el analfabetismo en el país, además de que la infraestructura para la educación media y superior empieza a ser figura, aunque sutilmente, y es hasta finales del periodo cuando se incrementa de manera significativa el número de instituciones. No obstante, este repunte no se dio en las mejores condiciones pues se descuidó la calidad de la educación universitaria impartida, además de que se dio un alejamiento respecto a la investigación,

la innovación intelectual y pedagógica así como una desvinculación entre la universidad y el mercado de trabajo (Rollin (1990), reduciéndose de esta manera el beneficio que traería consigo las políticas de promoción de la educación que se venían aplicando pues la educación, también un elemento esencial del desarrollo humano sustentable, no tendría el potencial necesario para traducirse en generación de conocimiento o mayor productividad, por ejemplo.

Asimismo, la generación de empleo en el sector servicios avanzó fuertemente en el periodo convirtiéndose al final del mismo en el segundo sector con más población ocupada a nivel nacional, después del sector primario, y en el primer sector en Nuevo León, seguido del secundario. Sin embargo, como se dijo antes, esto solamente muestra el aumento o disminución del empleo en el sector pero no habla sobre si estos empleos eran decentes, es decir, trabajos que permitieran que el trabajador y su familia pudieran tener un nivel de vida que los hiciera capaces de liberarse de privaciones como la pobreza y el hambre. Aunque cabe destacar que fue en este periodo donde surge el estado del bienestar a través del cual se fundan una serie de instituciones con el objetivo de garantizar el equilibrio entre salarios y ganancias buscando la distribución progresiva del ingreso (Gutiérrez Garza y González, 2010), lo que le da una mayor seguridad al trabajador y sus familias, tales como la seguridad social, programa de vivienda, de créditos, afiliación sindical, entre otros, algo que en años posteriores tenderá a desaparecer producto del cambio de modelo económico, dejando a los trabajadores más vulnerables.

Además, sin olvidar que desde la visión del desarrollo humano el PIB solamente es un medio y no un fin del desarrollo, la contribución que hace el sector servicios a éste es la más importante de los tres sectores, siendo de esta manera el sector que más contribuye a la generación de recursos económicos necesarios para elevar el bienestar y la ampliación de las libertades de los individuos.

De tal forma que durante este periodo se tiene un sector terciario más amplio y fortalecido por la participación del Estado, donde las diferentes actividades que lo componen contribuyen de una manera muy significativa a la ampliación de las libertades de las personas, no obstante esta ampliación de libertades no llega a todos. Además, las crisis de los años setenta y principios de los ochenta impidieron la continuación del avance de la ampliación de estas libertades individuales e incluso se retrocedió en muchos casos.

Etapa III. El sector servicios en el Modelo Neoliberal o de libre mercado: Un deterioro en la generación de las libertades instrumentales

En esta tercer y última etapa, que inicia a principios de los 80 del siglo XX y continúa hasta la actualidad, el país cambia al modelo económico Neoliberal. En este periodo la forma como se desarrollan las diferentes actividades que componen el sector servicios como libertad instrumental se modifica debido principalmente a los efectos de las crisis que se viven a lo largo del periodo, así como por la aplicación de las medidas económicas recomendadas por los organismos financieros internacionales para poder otorgarle a México los préstamos que necesitaba para enfrentar sus compromisos de deuda.

La década perdida y la transición hacia el neoliberalismo

La economía mexicana en la década de los años 80 estuvo marcada por dos grandes choques externos: el primero, la crisis de deuda de 1982, cuando el comportamiento ascendente de las tasas de interés de Estados Unidos ocasionó la salida de capitales del país, la reducción de las exportaciones hacia Estados Unidos, la interrupción del acceso a nuevos créditos del mercado mundial de capitales, así como el aumento del servicio de deuda que México debía pagar a sus acreedores, lo que desencadenó la crisis de deuda la cual no fue manejada bajo el principio de corresponsabilidad entre acreedores y deudores y el costo de la misma tuvo que ser asumido solamente por estos últimos quienes a su vez fueron coaccionados por los organismos financieros

internacionales a firmar cartas de intención donde se establecían las condiciones bajo las cuales se les darían créditos, las cuales estaban orientadas a la aplicación de medidas económicas neoliberales y; el segundo, la aguda caída del precio internacional del petróleo entre 1986 y 1987, este fenómeno agravó aún más la crisis que ya se vivía pues se redujeron en un 50% los ingresos por exportación de petróleo, se ocasionó un fuerte deterioro en los términos de intercambio (de un 46% entre 1981 y 1986), se disminuyeron fuertemente las reservas internacionales del país y se debilitaron de manera importante los ingresos fiscales.

Ambos choques causaron fuertes desequilibrios en la economía, por lo que México trató de controlar la fuga de divisas mediante fuertes devaluaciones y aumentos en las tasas de interés, surgiendo de esta forma la *inflación inercial* (tipo de inflación donde los agentes económicos reaccionaban ante las expectativas del precio del dólar y las tasas de interés y no a las expectativas de alzas en los precios de los bienes), por lo que se podría señalar que fueron estas medidas las que explican en gran parte los años de hiperinflación y macrodevaluaciones que se vivieron en esa época, pues entre 1982 y 1988 el peso se devaluó un 2,262%; mientras que entre 1980 y 1985 la inflación promedio fue de 61.3% y entre 1985 y 1990 de 73.3% (en 1987 se registró una tasa de crecimiento anual de la inflación cercana al 160%). Además, durante este periodo parte de las recetas otorgadas por el FMI señalaban que para controlar la inflación, producto de gastar más de lo que se tenía, era necesario “apretarse el cinturón”, por lo que se aplicaron medidas de austeridad y estabilización como la compresión de los salarios, y reducciones en el gasto público, políticas que liberaron divisas para el pago de la deuda, pero que sumieron a la región en una recesión económica, por lo que la CEPAL llamó a esta década, como la *década perdida* (Gutiérrez Garza, 2003 y Moreno-Brid y Ros Bosch 2010).

Otras condiciones impuestas por los organismos financieros internacionales fueron: disminuir el papel del estado en el proceso del desarrollo, la estabilidad macroeconómica, la apertura comercial, el libre movimiento de capital, apertura a la inversión extranjera, privatización

de las empresas del estado, mayor eficiencia financiera, reforma tributaria, un programa para desregular la actividad de los particulares y un compromiso a largo plazo para introducir reformas estructurales. Todo sería definido y precisado en detalle por el FMI y el BM (Tello, 2007).

Por lo que al mismo tiempo que el país sufría los efectos de la crisis, se comienzan a aplicar las políticas recomendadas por el FMI. Es en 1983 cuando se dan los primeros pasos, en ese tiempo el Presidente de México era Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988), con la reprivatización del 34% de la banca nacionalizada, la flexibilización del control cambiario y la liberalización de precios de muchos productos (Guillén, 1986). Además, se comenzó la venta de empresas estatales⁷³, se disminuyó la intervención del Estado en la economía y se concretó el ingreso del país al Acuerdo General de Aranceles y Comercio (GATT)⁷⁴ en 1986 (Méndez, 2008). Con su ingreso al GATT, México se comprometió a sustituir los controles a la importación por aranceles y seguir, posteriormente, con la disminución de las tasas arancelarias; así como a establecer un mecanismo de evaluación antidumping y de impuestos compensatorios. Además, su asociación le permitió reforzar la confianza de que se avanzaría hacia la liberalización comercial en el largo plazo (Moreno-Brid y Ros Bosch, 2010). En esta administración se permitió el establecimiento o ampliación de empresas con 100% de capital extranjero como Avon Cosmetics, Johnson & Johnson, Mennen, Colgate, Palmolive, Kellogg's e IBM; ubicándose incluso algunas de ellas dentro de las 500 empresas más importantes del país tal como: Chiclet's Adams, Sabritas, Tutsi y BIC (Méndez, 2008)⁷⁵.

⁷³ Esta fue la primera de dos etapas del proceso de privatización en el país y abarcó de 1983 a 1989, donde a través de la venta, transferencia o liquidación se desincorporaron las empresas pequeñas y medianas propiedad del Estado, quedando sólo 310 de las 1,155 que había (Moreno-Brid y Ros Bosch, 2009).

⁷⁴ México se había negado ingresar al GATT desde 1947 cuando rechazó suscribir el acuerdo en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Comercio y el Empleo, realizada en La Habana, argumentando el derecho de los países a industrializarse y a utilizar el proteccionismo para ello (Tello, 2007). A partir de 1995 el GATT desaparece para dar lugar a la Organización Mundial de Comercio (OMC) donde actualmente son 145 los países miembros.

⁷⁵ A principios de los años 80 la IED se regía por la LEY de IED de 1973, sin embargo, a partir de 1984 el rigor se flexibilizó a través de la promulgación de nuevos lineamientos y decretos por parte de la Comisión

En esta década, el proceso de crecimiento económico fue interrumpido y el nivel de vida de la población bajó de manera significativa pues, entre 1982 y 1988 el PIB per cápita cayó más de 15%; el salario real se redujo fuertemente, un promedio de 8.1% anual (con fuertes contracciones en 1983 y 1986), y el gasto público en educación y salud cayó 30.2% y 23.9%, respectivamente; en el aspecto social, aunque la mortalidad infantil continuó declinando, se elevó la mortalidad infantil y preescolar asociada a deficiencias nutricionales; se redujo el número de niños inscritos en primer año de primaria; la clase media se redujo; creció el número de hogares en condiciones de pobreza y la desigualdad en la distribución del ingreso se incrementó (de 0.43 en 1984 a 0.47 en 1989), reduciéndose las libertades de los individuos para ser y hacer lo que más valoran. Además, estos fenómenos económicos redujeron la capacidad de ahorro interno provocando una disminución en la cantidad de recursos disponibles para renovar el acervo de capital lo que redujo la eficiencia económica en general, teniendo efectos adversos en la competitividad internacional, sobretodo en esa época cuando se estaba dando la liberalización comercial (Moreno-Brid y Ross Bosch, 2010).

Es decir, la década de los 80 fue el escenario de consolidación de esta estrategia impuesta fundamentalmente por Estados Unidos, con el propósito de resolver los principales problemas económicos de los países desarrollados (Gutiérrez Garza, 2003), tales como: la ampliación de los mercados de las empresas transnacionales (a través de la apertura comercial y de la inversión extranjera); la valorización y capitalización de los fondos de pensión (mediante el impulso de la liberalización financiera para activar el libre flujo de capitales); y la garantía del pago de la deuda externa (pues solamente la deuda externa de México representaba alrededor del 44% del capital de

Nacional para la Inversión Extranjera (CNIE) que autorizó la instalación de empresas de capital mayoritario o totalmente extranjero. A partir de 1986 se procedió a reducir el número de productos clasificados para ampliar las oportunidades de inversión extranjera en ese sector. En 1989 se puso en vigor el Reglamento de Ley para Promover la Inversión Mexicana y Regular la Inversión Extranjera, que derogó todas las disposiciones y resoluciones administrativas existentes y dio una interpretación muy liberal de la Ley de 1973. Estos cambios posteriormente fueron incorporados en la Ley de IED de 1993 (Clavijo y Valdivieso, 2000).

los 9 bancos más grandes de Estados Unidos, lo que significaba un alto riesgo de una crisis en el sistema bancario estadounidense).

El Plan Brady y el Consenso de Washington

A la par de la crisis en América Latina, iniciaba un ciclo expansivo de las economías desarrolladas y la intención de avanzar en la solución del problema de deuda de los países de Latinoamérica, a través de nuevos préstamos, llevó a la creación del Plan Brady, anunciado en 1989 y propuesto por el secretario del Tesoro de Estados Unidos, Nicholas Brady (Tokman, 2004). Este plan se dio en el contexto de la propuesta del Consenso de Washington, el cual fue establecido como criterio de estricto cumplimiento para el otorgamiento de nuevos préstamos a los países endeudados por parte de los organismos acreedores internacionales, las agencias económicas del gobierno de Estados Unidos, entre otros (Alzugaray, s/f). Medidas que permitirían, de acuerdo a los acreedores, adaptar la actividad productiva de los países deudores de tal manera que se pudiera generar la capacidad de pago de la deuda con el exterior (Tokman, 2004).

El Consenso de Washington, formulado por John Williamson⁷⁶, consistía en 10 instrumentos de política económica, en lugar de objetivos o resultados (Williamson, 1990), de los cuales algunos ya se venían aplicando desde principios de los 80:

- i) *Déficit fiscal*. La disciplina fiscal era un elemento central del programa para que los países pudieran negociar préstamos.
- ii) *Reordenamiento de las prioridades en el gasto público*. Para lograr un menor déficit fiscal se sugirió hacer recortes importantes en el gasto en subsidios a la educación y la salud (dado que estos servicios tienen la característica de inversión en capital humano así como de consumo se sugirió que el gasto necesitaba redireccionarse hacia la educación primaria y el cuidado de salud básico, principalmente el preventivo, y orientarse especialmente a los más

⁷⁶ Entonces miembro del Peterson Institute for International Economics.

pobres. Es decir, esta medida implicó reducciones en los gastos en educación media y superior así como en clínicas y hospitales con alta tecnología médica). También ocurrió en la inversión pública en infraestructura, ya que se consideró que ésta era una inversión productiva.

- iii) *Reforma tributaria.* Se propuso aplicar, en el largo plazo, un impuesto sobre los activos mantenidos en el exterior (esto tiene que ver con la liberalización de los flujos financieros externos).
- iv) *Tasas de interés.* Se sugirió que las tasas de interés debían determinarse por las fuerzas del mercado; que las tasas de interés reales debían ser positivas para desincentivar la fuga de capitales e incrementar el ahorro; y que deberían ser moderadamente positivas para promover la inversión productiva y evitar fuertes incrementos en la deuda del gobierno.
- v) *Tipo de cambio.* Se recomendó alcanzar un tipo de cambio competitivo, determinado por el mercado, que fuera de acuerdo a los objetivos macroeconómicos de mediano plazo. Señalaba que éste era un elemento central de una política económica orientada hacia el exterior, donde la recuperación económica se lograría con el aumento de las exportaciones y no con la sustitución de importaciones.
- vi) *Política de liberalización comercial.* Señala que el segundo elemento de una política económica orientada hacia el exterior es la liberalización de las importaciones y que esta debe darse bajo un calendario predeterminado o en función del proceso de ajuste de la balanza de pagos.
- vii) *Inversión extranjera directa.* Se señala que es buena pues atrae el capital, las habilidades y los conocimientos necesarios, ya sea para producir para el mercado interno o para exportar. Apoya la promoción de la IED a través de los swaps de deuda por capital, bajo el argumento de que simultáneamente se promueve la IED y se reduce la deuda.
- viii) *Privatización.* Indica que puede ayudar a aliviar la presión en el presupuesto del gobierno, en el corto plazo por los ingresos producidos por la venta de la empresa y en el largo plazo porque la inversión ya no necesitará ser financiada por el gobierno.

- ix) *Desregulación.* Señala que otra forma de promover la competencia es por medio de la desregulación económica a través de la eliminación de: los controles para la creación de empresas y nuevas inversiones, de las restricciones a las entradas de la inversión extranjera y de la salida de las utilidades; de los controles de precios, de las barreras a la importación, la asignación discriminatoria de crédito, altas tasas de impuestos a los ingresos corporativos combinado con mecanismos de reducción discrecional de impuestos, así como de los límites para el despido de empleados.

- x) *Derechos de propiedad.* Señala que el establecimiento de los derechos de propiedad es algo importante.

De esta forma, el Consenso de Washington se constituyó como el núcleo de la agenda de reformas económicas neoliberales que caracterizaron a América Latina y El Caribe durante la década de 1990 (Alzugaray, s/f) y como el más claro exponente del paradigma neoliberal (Gutiérrez Garza, 2009) en la región.

Con el Plan Brady se estimuló la aplicación de las reformas de política económica recomendadas y el crecimiento económico en los países deudores por medio de operaciones voluntarias de reducción de deuda y de su servicio con los bancos comerciales, con el apoyo de organismos financieros multilaterales y gobiernos acreedores, comprometiendo 30,000 millones de dólares para la recompra e intercambio de deuda, lo que nuevamente ocasionó transformaciones en la economía. Se hicieron operaciones de canje donde los acreedores vendieron sus pagarés a menos del valor par⁷⁷, con el fin de recuperar algo del capital comprometido en la región; también se compraron a bajo precio empresas de esos países al adquirir su deuda con descuento o al privatizarse empresas públicas con reconocimiento del valor nominal de los bonos de deuda que se comerciaban en mercados secundarios con altos descuentos (Tokman, 2004), de tal forma que el alivio de deuda se traducía en una mayor participación extranjera en el país.

⁷⁷ Es el valor del capital no amortizado de un instrumento financiero, incluidos los intereses y reajustes devengados (<http://www.businesscol.com>).

Aunque las presiones por la deuda externa se redujeron debido a estos acuerdos, las transformaciones hacia dentro de la economía continuaban e impactaban la conformación de los diferentes sectores económicos del país.

En la política industrial, las reformas realizadas tuvieron que ver con la eliminación de subsidios crediticios, de los incentivos fiscales, de los esquemas de protección comercial y de los requisitos de desempeño en términos de comercio exterior (porcentaje de exportación o de contenido local) (Moreno-Brid y Ros Bosch, 2010), es decir, se abandonó de un solo golpe la política industrial (López Villafañe, 2007), trayendo como consecuencias la limitación y el desincentivo del crecimiento del sector secundario nacional y empujando a la vez a que la población se refugiara en el sector terciario.

El sector terciario también continuó su ascenso debido a que el comercio exterior se incrementó, pues para el sector exportador se abrieron una serie de iniciativas. Se aplicó el modelo “maquila”, centrado especialmente en México y Centroamérica (Tokman, 2004:51) que, en el caso particular de Nuevo León, el sector productivo vivió en esta época una reducción de la industria manufacturera⁷⁸ y la aparición de la industria maquiladora, principalmente ensambladora y extensiva en mano de obra (Gutiérrez Garza, 2006); así como programas de devolución de impuestos a los exportadores, el Programa de Importación Temporal para Producir Artículos de Exportación (Pitex), el Programa de Empresas Altamente Exportadoras (Altex), el Sistema de Promoción Externa (Simpex), entre otros (Moreno-Brid y Ros Bosch, 2010).

Como parte de este proceso, en 1994 México firmó el Tratado de Libre Comercio de Norteamérica, con Estados Unidos y Canadá, abriendo las fronteras al libre intercambio de bienes y servicios bajo una calendarización, lo que llevó a un fuerte incremento de las importaciones y por lo

⁷⁸ La reducción de esta industria fue provocada por la apertura comercial, ya que la entrada de nuevos productos al mercado redujo la demanda de los productos que se ofrecían de manera local, además, la industria no estaba muy diversificada por lo que el efecto fue más significativo.

tanto a una mayor ruptura de cadenas productivas en la manufactura; así mismo, en ese mismo año el país se convirtió en miembro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

Es decir, tanto la desindustrialización como la apertura de las fronteras impulsó el crecimiento del sector terciario, pues por un lado, el cierre de empresas debido a la falta de apoyos generó desempleo y poca capacidad de absorción de mano de obra empujando a las personas a refugiarse en actividades del sector servicios y, por el otro, el fomento del comercio internacional elevó propiamente esta actividad económica, pero a la vez dañó aún más la de por sí debilitada industria con la entrada de productos intermedios y finales con precios aún más competitivos que los existentes en el mercado interno implicando esto, por un lado, un beneficio para el consumidor al tener una mayor variedad de elección en cuanto a calidad y precio de productos pero, por otro lado, un daño para el sistema productivo nacional que enfrentó este tipo de competencia sin haberse preparado para ello, lo que ocasionó un mayor cierre de empresas y por lo tanto pérdidas de empleo.

En el caso de Nuevo León, estado donde las empresas privadas nacionales eran el principal motor del desarrollo, no fue la excepción. A pesar de que el estado poseía ventajas como su experiencia industrial y empresarial, en el momento de la crisis y de la apertura comercial las empresas regias enfrentaban fuertes problemas como grandes deudas, caída del mercado interno y una entrada repentina a la competencia internacional, lo que les impedía actuar de manera efectiva contra estos fenómenos (López Villafañe, 2007). La apertura de las fronteras significó la entrada de una mayor cantidad de importaciones y un lento crecimiento de las exportaciones dada la prácticamente nula experiencia que había para exportar, impactando con mayor fuerza a las empresas medianas y pequeñas mientras que prácticamente solo las empresas grandes se beneficiaron de la apertura, esto trajo como resultado el rompimiento de cadenas productivas debido al cierre de empresas y por consiguiente un alto desempleo.

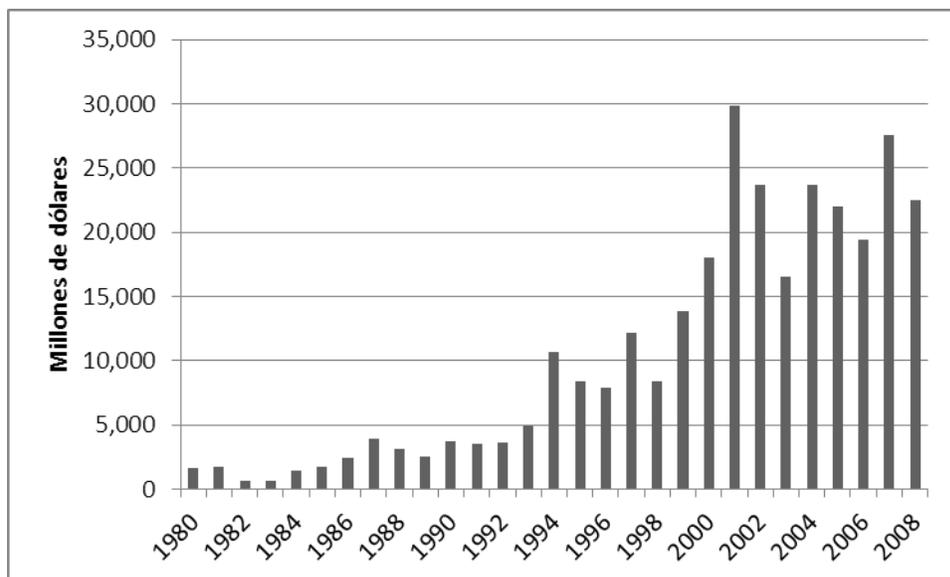
Por otra parte, México permitió una mayor entrada de la inversión extranjera en el país con la reforma legislativa sobre las inversiones extranjeras adoptada en 1993 conforme a las exigencias del Tratado de Libre Comercio de Norteamérica (TLC), produciéndose una mayor dependencia de los recursos del exterior (Méndez, 2008). Pues las nuevas regulaciones aprobaban automáticamente toda participación extranjera en proyectos de inversión menores a 100 millones de dólares, siempre y cuando éstos cumplieran una serie de requisitos como la generación neta de divisas o promoción de desarrollo regional. Desapareció entonces el límite de participación de la inversión extranjera, de 49%, y el número de sectores restringidos para los extranjeros se redujo considerablemente. Las reformas regulatorias incluyeron cambios en la política de competencias, especialmente en el sector terciario en el que anteriormente habían tenido gran importancia las barreras de entrada y salida a las empresas por medio de permisos y otras restricciones legales (Moreno-Brid y Ros Bosch, 2010). Además, después de la crisis de 1994-1995 se relajó aún más la regulación permitiendo una mayor participación extranjera en el caso de la banca mexicana hasta el grado de que en 1999 la Cámara de Diputados aprobó la iniciativa presidencial donde se permitió a la banca internacional tener el 100% de la propiedad de entidades mexicanas que cuenten con más del 6% del mercado. Lo mismo sucedió con las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores) (CEPAL, 1999), lo cual no sólo dejó nuestro sistema de pago en manos extranjeras, sino que estas instituciones dejaron de ejercer su papel intermediador para la actividad empresarial reduciéndose el crédito especialmente para las medianas y pequeñas empresas, pero incrementaron el crédito al consumo e hipotecario.

Es decir, con la desregulación la inversión extranjera Directa (IED), junto con la recuperación de la demanda interna, hasta antes de la crisis de 1994 y, posteriormente, la fuerte depreciación de los activos debido a la crisis de 1995 y a la caída del valor del peso, se generaron condiciones que beneficiaron a los inversionistas extranjeros al comprar empresas a bajos precios y operarlas con costos salariales muy bajos (CEPAL, 1997). Estas condiciones también impulsaron al sector terciario, pues la llegada de capital extranjero exhibió un auge en el país en actividades como

el sector financiero, provisión de energía, de servicios sanitarios, construcción de infraestructura, hotelería, comercio minorista y telecomunicaciones, entre otros servicios (CEPAL, 2004 y 2009), áreas que se relacionan principalmente con la estrategia de búsqueda de mercados de servicios (CEPAL 2003). Otra actividad terciaria que fue en aumento fue la inversión en servicios relacionados con la búsqueda de la eficiencia para las empresas, que abarca centros de llamadas (mesas de ayuda, apoyo y asesoramiento técnico, atención posventa, recepción de reclamos e investigación de mercado); centros de servicios compartidos (servicios administrativos auxiliares a la actividad productiva, es decir, relacionados a procesamiento de cuentas, entrega de facturas a proveedores, elaboración de nóminas salariales, procesamiento de datos, entre otros); servicios de tecnologías de la información (servicios de apoyo en la alta tecnología vinculados al desarrollo, evaluación y prueba de nuevos software y al desarrollo de contenidos, ingeniería, diseño y la optimización del producto); y sedes regionales (instalaciones a través de las cuales la casa matriz controla las operaciones de sus subsidiarias en los países de la región), a través de modalidades como la contratación externa o subcontratación, que supone el traspaso de la provisión de servicios a otros agentes, ya sea en el mismo país (outsourcing) o en el extranjero (offshoring), aunque la modalidad más relevante en términos de inversión extranjera consiste en radicar en el extranjero servicios vinculados a la empresa (CEPAL, 2004).

Este aumento de la inversión extranjera (IED) en el país a partir de la crisis de la década de los 80, se puede observar en la gráfica 5.

Gráfica 5. Inversión extranjera directa realizada en México. 1980-2008

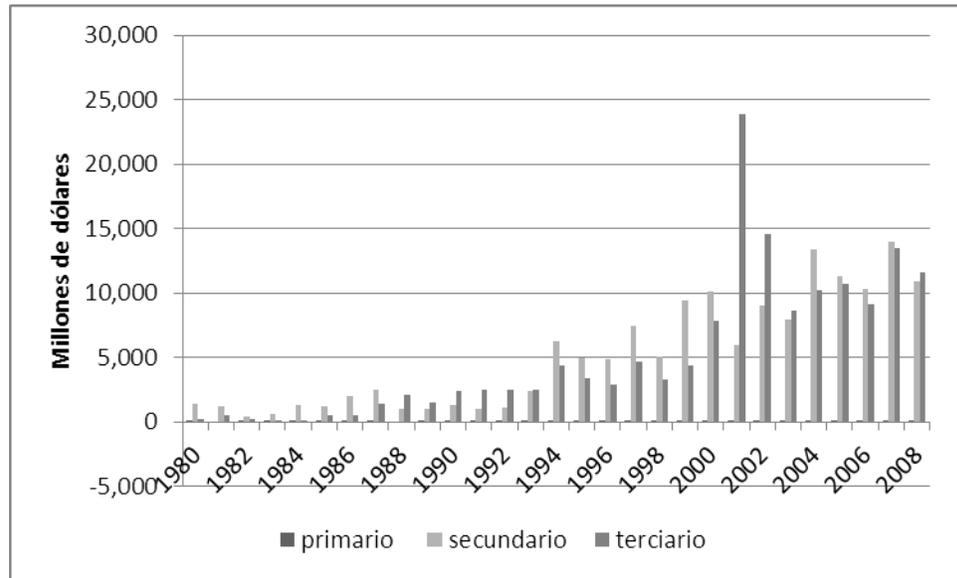


Fuente: INEGI (2009).

Sin embargo, es a partir de la modificación de la Ley de Inversión Extranjera en 1993 y la firma del TLC en 1994 cuando la IED comienza a llegar de manera extraordinaria, alcanzando su punto más alto en el 2001 cuando fue de 29,818 millones de dólares, impulsado por la adquisición de los principales bancos mexicanos (en el 2008 sumó 22,482 MD).

Desde una visión sectorial, durante este periodo la IED ha estado dirigida principalmente a los sectores secundario y terciario (Gráfica 6).

Gráfica 6. Distribución de la Inversión Extranjera Directa en México por sectores de actividad económica. 1980-2008



Fuente: INEGI (2009).

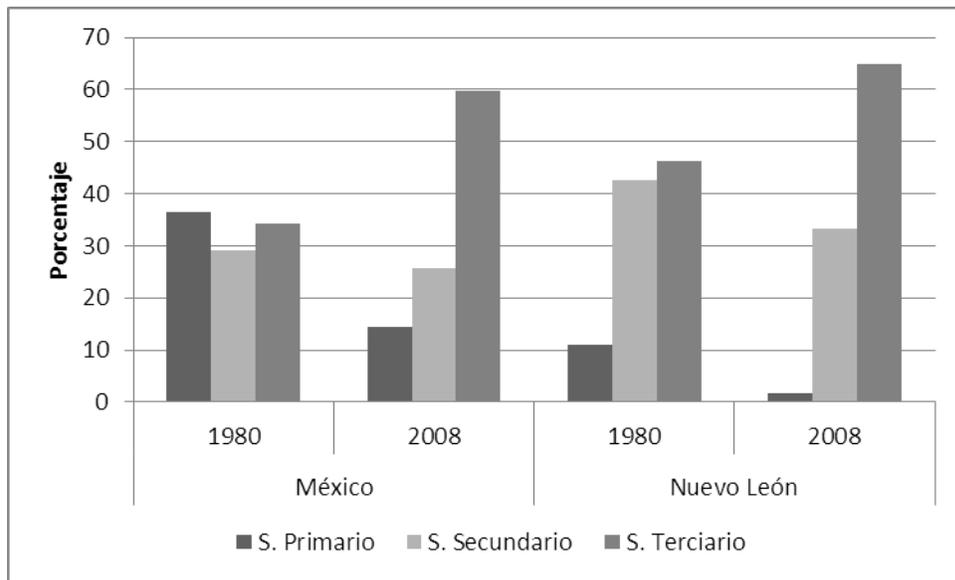
Dada la protección que existía en gran parte del área de sector servicios, a principios de los años 80 la mayor parte de la inversión se dirigía a la industria, sin embargo, a finales de esta década el ciclo de privatización y los cambios en la ley de inversión extranjera facilitaron la entrada de inversión al sector servicios ocasionando que en promedio el 50% del total de la inversión extranjera directa se destinara a estas actividades.

El sector terciario en el empleo y el PIB

El empleo

En esta última etapa llamada Neoliberalismo, el patrón de ocupación en los distintos sectores de la economía se modificó nuevamente, acentuándose especialmente el empleo en el sector servicios y reduciéndose la proporción de empleos en el resto de los sectores (Gráfica 7).

Gráfica 7. Distribución de la población ocupada por sectores de actividad económica en México y Nuevo León. 1980 y 2008



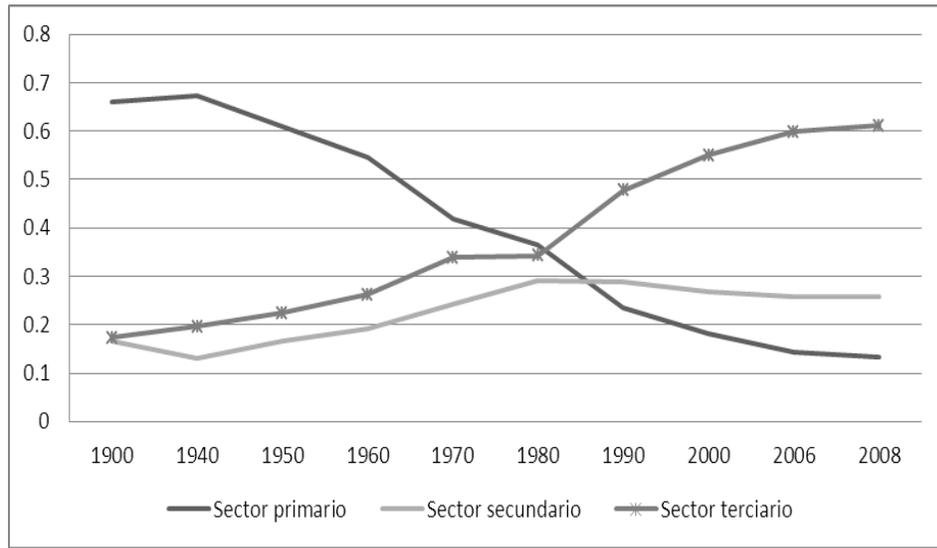
Fuente: INEGI (2008 y 2008a).

En 1980, la distribución de la población ocupada en el país se encontraba equilibrada en los diferentes sectores económicos, ya que el 36.5% laboraba en el sector primario, el 29.2% en el secundario y el 34.3% en el terciario; mientras que en Nuevo León la mayor parte de la población se concentraba ya en los sectores secundario y terciario (42.7% y 46.3%, respectivamente), solamente el 11% se desempeñaba en el campo. Para el 2008 la población ocupada en el país había crecido un 187% al pasar de 15.1 millones de ocupados a 43.5 millones, es decir, se incorporaron al mercado laboral 28.4 millones de personas de las cuales, 21.3 millones (75%) lo hicieron en el sector servicios, 6.8 millones (24%) en el sector secundario y solamente 0.24 millones (1%) en el

primario. En el caso de Nuevo León, la población ocupada se incrementó un 218% en el periodo al pasar de 612 mil en 1980 a 1.9 millones de personas en el 2008, es decir, 1.3 millones se sumaron al mercado laboral, de las cuales el 73% se ubicó en el sector terciario, el 29% en el secundario; mientras que el primario registró una disminución del 2%. De tal forma que para el 2008 la distribución de la población ocupada se transformó quedando el sector terciario como el hegemónico en cuanto a la generación de empleos. No obstante, es importante señalar que durante esta época, el empleo informal ha funcionado como válvula de escape a la situación de la fuerte presión social causada por el estancamiento económico que se ha vivido en México desde 1982 con el surgimiento del neoliberalismo, por lo que hablar del sector terciario o de servicios como fuente de empleos ya no es sinónimo de ampliación de capacidades y libertades individuales pues las condiciones de trabajo son precarias debido a que no son fuentes de empleo generadas por la dinámica propia del sector sino que en esta época gran parte de su crecimiento fue resultado de las crisis económicas que obligaron a muchas personas a trabajar ante la grave caída del nivel de vida y el alto desempleo.

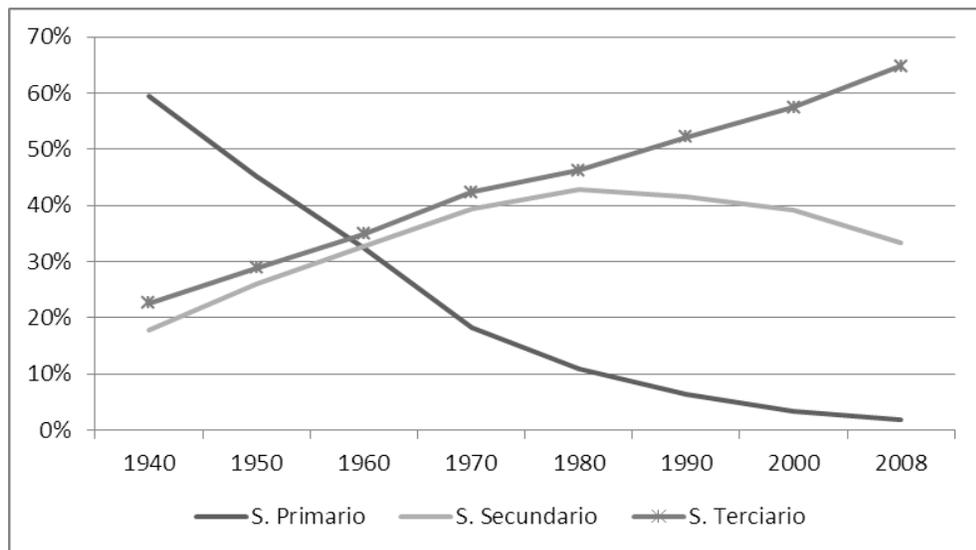
Cabe destacar que para el año 2008 tanto la economía nacional como la del estado pueden considerarse como economías terciarizadas, pues la población ocupada en el sector terciario representa más del 50% del total de los empleos, desde el año 1990 en el caso de Nuevo León y desde el 2000 en el país (Gráfica 8 y 9), y su aportación al PIB es mayor al 50%.

**Gráfica 8. Distribución de la población ocupada por sector de actividad económica en México
1900-2008**



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI (2009).

Gráfica 9. Distribución de la población ocupada por sector de actividad económica en Nuevo León 1940-2008



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI (2008) y ENOE.

Las gráficas muestran como hasta 1980, es decir, hasta el momento en que la sociedad se encontraba articulada en torno al proceso de industrialización basado en la sustitución de importaciones, el empleo en los sectores secundario y terciario mostraban un patrón de comportamiento muy parecido dada la alta relación entre la producción industrial y los servicios orientados al productor. Sin embargo, a partir de entonces ese comportamiento entre los dos sectores se modifica observándose un mayor dinamismo en la ocupación en el sector servicios o terciario que en el secundario, tanto a nivel nacional como en Nuevo León, como resultado del incremento del empleo informal, así como del empleo formal debido al fuerte impulso que recibió el sector ante la entrada de la IED. Además, en el caso particular de Nuevo León también se debió a transformación de la economía de una ciudad industrial a una orientada a los servicios, pues dada la ausencia de una política industrial en el país así como los problemas que existen para obtener financiamiento especialmente por parte de las empresas pequeñas y medianas se ha ido dando una transición hacia actividades terciarias como servicios orientados al productor, servicios educativos, de la salud, financieros, inmobiliarios, turísticos, culturales, recreativos, tecnológicos y de comunicación, los cuales crecen a un mayor paso que el resto de las actividades económicas (Alarcón, 2007).

Ejemplo de cómo se han ido modificando y creciendo las actividades en el sector servicios a partir del cambio de modelo económico, a continuación se presentan algunos casos.

Comunicaciones

A parte de los efectos que la crisis económica tuvo en el empleo propiamente y que llevaron a una buena parte de las personas a colocarse en el sector servicios, ya sea formal o informal, en este periodo también se dieron cambios institucionales que permitieron el avance de algunas ramas de dicho sector, por ejemplo, en el tema de las comunicaciones (Álvarez, s/f) en 1981 México solicitó a la Unión Internacional de Telecomunicaciones órbitas satelitales y se reformó el artículo

28 de la Constitución para establecer la comunicación vía satélite como área estratégica para que fuera únicamente el Estado mexicano quien prestara el servicio. En 1985, el país lanzó al espacio los primeros satélites mexicanos, el Morelos I y II, a partir de entonces, los servicios satelitales fueron prestados por Telecomunicaciones de México (Telecomm), organismo descentralizado del gobierno federal. Asimismo (Corona, 2004), desde los 80 se incorporan los servicios de gran alcance, como la radiotelefonía celular y el fax, además, la puesta en marcha del correo electrónico permite integrar técnicas de comunicación, proceso, almacenamiento y recuperación de textos. Todo esto impulsó el crecimiento de este subsector incrementando la demanda de personal calificado.

También, el proceso de privatización tuvo impacto en esta rama del sector servicios, por ejemplo, en el caso de Telmex en 1989 el Presidente Carlos Salinas de Gortari anunció la desincorporación de la empresa. Después, el 10 de agosto de 1990, se modificó su título de concesión. En ese mismo año, el 9 de diciembre de 1990, el consorcio integrado por Grupo Carso, Southwestern Bell International Holdings y France Cables et Radio adquirieron el 20.4% del capital social de Telmex por 1,757 millones de dólares, además, se expidió el reglamento de telecomunicaciones (Alvarez, s/f).

Asimismo, aunque todavía en 1993 se continua con los proyectos que se venían trabajando anteriormente y se lanza al espacio el satélite Solidaridad I y en 1994 el Solidaridad II, en 1995 se reforma el artículo 28 de la Constitución en lo relativo a comunicación vía satélite para permitir la participación del sector privado, al pasar de ser un área estratégica a una prioritaria, tanto a través de satélites asignados a México como por medio de satélites extranjeros, iniciándose con esto el proceso de privatización de las telecomunicaciones también, se publicó la Ley Federal de Telecomunicaciones cambiando radicalmente la función del Estado dentro del sector de las telecomunicaciones, debido a la exigencia de cambiar el marco legal de esta actividad ante la

corriente de liberalización de la economía mexicana y los compromisos internacionales asumidos por México.

La Ley federal de telecomunicaciones estableció un esquema basado en la competencia para el logro de uno de los objetivos fundamentales de la Ley: que existan más y mejores servicios, a mejores precios, es decir, el Estado pasó de controlador de los servicios de telecomunicaciones a promotor de la competencia en el sector (Alvarez, s/f). Los cambios a la ley también buscaban facilitar el acceso a nuevas tecnologías, además, se comenzaron a realizar fuertes gastos en la construcción de obras de infraestructura para telecomunicaciones; se incluyó una política de subsidios para la telefonía celular rural. Sin embargo, la mayor parte de las inversiones en el sector provenían de grandes empresas transnacionales, es decir, de capital extranjero, como Telcel, PCM Comunicaciones, Alestra, Teledac, Telinor, entre otras (Corona, 2004). El uso del internet también creció de manera significativa. En 1996 se decretó en el Diario Oficial la creación de la Comisión Federal de Telecomunicaciones (Cofetel), (Alvarez, s/f); asimismo, se puso en órbita el satélite Unamsat-B (Corona, 2004).

En 1997 la sección de servicios fijos satelitales del organismo descentralizado Telecomm se convirtió en Satélites Mexicanos S A de C V (Satmex) y se privatizó el 75% (con una alianza entre Principia y Loral Space & Communications) ese mismo año a través de una licitación pública (Corona, 2004; Alvarez, s/f); y en 1998 se pone en órbita el Satmex 5 (que es vendido en 1999). De esta forma, el servicio de las telecomunicaciones en México deja de ser controlado y proporcionado por el gobierno a través de la Dirección General de Telecomunicaciones (DGT), tanto para las señales de televisión, telégrafo, teléfono, télex, videotex, fax, microondas y satélites (Corona, 2004).

En la década de los 90, surge también la principal competidora de Televisa en el mercado mexicano: TV Azteca. Pero esta empresa alcanza su total desarrollo hasta 7 años después (Arrazate,

2010). De acuerdo a Corona (2004), para los 90 la red de microondas genera 44.5 millones de kilómetros de circuito de telefonía, mientras que en 1980 se contaba con 12 millones de km, creciendo aún más esta rama del sector servicios.

La importancia de estos eventos para la economía y el sector servicios en particular se puede ver reflejada en lo señalado por Corona (2004) al indicar que a partir de 1994 el sector de las telecomunicaciones juega un papel central dentro de los ejes dinamizadores de la economía, primero, porque considerado como sector de servicios impacta en el conjunto de las actividades productivas y en los mismos servicios financieros, bancarios, comerciales, educativos y de consumo diversos, así como en las actividades científicas y tecnológicas. Segundo, porque integra los avances tecnológicos de la computación, la electrónica y las comunicaciones en un sector clave de las nuevas tecnologías: la telemática. Agrega que aunque sus orígenes se sitúan con el desarrollo de la revolución industrial⁷⁹, es en esta época donde se alcanzan cambios de mayor impacto y perspectivas.

Considerando lo anterior, la tendencia es hacia una modernización de las telecomunicaciones sustentada en la difusión y uso de tecnologías, al parejo con los rápidos avances tecnológicos, todo esto asegurado con la inserción de empresas transnacionales.

La desregulación también abarcó al sector de transporte carretero lo que incrementó las licencias y a la vez la circulación de mercancías.

Servicios financieros

En este sector también se registró un aumento en el empleo en esta etapa, además de que sufrió una serie de transformaciones, pues en la década de los 80 y principios de los 90 la banca pasó de las manos del Estado al sector privado nacional pero, para la segunda mitad de los 90

⁷⁹ El primer teléfono de explotación comercial es el de Graham Bell, patentado en 1876.

volvió a sufrir otro cambio debido al ingreso del capital extranjero al país, por lo que después de las reformas realizadas, México es ahora el país con mayor participación de capital extranjero en la banca en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y en América Latina (Tello, 2007).

Ejemplo de ello es que para finales del 2003 la proporción del capital foráneo sobre el capital total de la banca local era del 82.3%, frente a solamente un 5% en 1994, sin embargo, cabe señalar que en sólo dos años la transformación fue muy significativa pues para 1996 la proporción de capital extranjero ya representaba el 52.4% del capital local (Turrent, s/f), siendo tres instituciones las que controlan la mayor parte de los recursos de la banca: Citybank (que adquirió Banamex), Banco Bilbao Vizcaya Argentaria (Bancomer) y Banco Santander (Serfin), pues en el 2000 estos tres bancos controlaban el 62% de los activos totales de la banca, el 57% de la cartera total, el 61% del pasivo total, el 63% de la captación total y obtuvieron el 74% de la utilidad neta total (Tello, 2007).

Otro cambio que se dio es que los créditos otorgados por la banca de desarrollo disminuyeron y en algunos casos las instituciones desaparecieron (por ejemplo, el Banco Nacional de Desarrollo Rural), lo mismo sucedió con los fondos de fomento. Asimismo, en el ámbito financiero en 1993 se le dio autonomía al Banco de México con la finalidad de que su objetivo central fuera mantener la estabilidad cambiaria y la inflación, de tal forma que ya no concedería financiamiento.

Comercio

Este segmento de la actividad económica también mostró un crecimiento en la generación de empleos en esta etapa, así como una transformación, impulsado en gran parte por la entrada de inversión extranjera directa. Por ejemplo, en el tema del comercio minorista, Macías (2010) señala que en 1979 el grupo Aurrerá (que después se llamó Cifra-Aurrerá) era el más importante del sector

del comercio al por menor en México, con 47 supermercados, 8 tiendas de ropa y 40 restaurantes, los cuales se concentraban en la ciudad de México; pero después de las crisis de 1982 y 1994, las grandes cadenas de supermercados empiezan a dominar el comercio al por menor en todo el país, propiciadas por la entrada de empresas multinacionales extranjeras⁸⁰ en el capital de las empresas mexicanas, luego de la firma del TLC.

La asociación de Cifra-Aurrerá con la cadena estadounidense Wal-Mart en 1991 permite la apertura de los primeros clubes de membresía en México bajo la marca de su socio Sam's Club en 1991 iniciando su expansión hacia otras ciudades fuera del centro del país, así mismo, se implantan los hipermercados de Wal-Mart (1993) y se continúan abriendo tiendas bajo las marcas tradicionales de Bodegas Aurrerá. Por su parte, Gigante se expande geográficamente absorbiendo una serie de cadenas de mercados regionales y locales tales como Grupo Astra, supermercados Su-K-SA, Supermercados Blanco, además de que abrió establecimientos en Estados Unidos y Centroamérica y diversificó sus actividades hacia la venta de electrónicos (Radio Shack), de papelería de oficinas (Office Depot), pero en el 2007 Gigante vende todas sus tiendas de autoservicio al grupo Soriana.

Por su parte, Soriana, se asoció con Sorimex, sociedad constituida en 1994, entre miembros de la misma familia. Comercial Mexicana se asocia en 1991 con Price Club, de San Diego, que fue comprado por el grupo Costco de Seattle en 1995 (grupo Price-Costco), también se asocia con Auchan. En esta década, los grupos regionales Soriana (en el noreste) y Chedraui (en el sureste) también crecen mucho.

De 1989 a 1994, dos empresas de la gran distribución estadounidense Wal-Mart y Price Club invirtieron 3,411.8 millones de dólares colocándose entre las 24 empresas que más invirtieron en México en ese tiempo. Sin embargo, de las alianzas firmadas, la de Wal-Mart tomó cada vez más

⁸⁰ En la década de los 90.

importancia representando el 5.2%, 7% y 16.3% de las ventas en los años 1996, 1997 y 2001, respectivamente.

HEB y Smart & Final son dos grupos extranjeros de EU que se implantaron en el norte del país en 1994, el primero se implantó sin socio en San Pedro Garza García, en el estado de Nuevo León, y el segundo en Baja California asociado con Central Detallista. También se expandieron rápidamente, pues HEB abrió 20 supermercados entre 1995 y 2003.

La importancia de la inversión extranjera en este segmento de la actividad económica del país se puede observar con las cifras reportadas por Wal-Mart de México únicamente para los años 2010 y 2011. La empresa señala que en el 2010 invirtió \$13,130 millones de pesos en México y Centroamérica (Guatemala, Honduras, el Salvador, Nicaragua y Costa Rica) en la apertura de 297 unidades, en la remodelación de más de 130 tiendas y en la ampliación y modernización de su red logística. De esto, en México se abrieron 267 unidades, alcanzando 1,730 tiendas en operación. Bodega Aurrerá abrió 220 unidades en todos sus prototipos; del formato Walmart se abrieron 20 tiendas, Sam's Club inauguró 10 clubes de precio, Superama sumó 6 unidades, Suburbia puso en funcionamiento 4 nuevas tiendas de ropa y se abrieron 7 restaurantes. A su vez, Banco Walmart abrió 73 sucursales. La apertura de todas estas unidades, que en su conjunto suman más de 472,000 m², representó un incremento en la capacidad instalada de 11.4%. Además, en ese año el número de empleados fue de 204 mil 723 en toda la región.

Mientras que, de acuerdo al reporte financiero del segundo trimestre del 2011, en el primer semestre de ese año se abrieron 174 tiendas, que representan el 45% de los m² de piso de venta que contempla el programa de expansión del año. En el trimestre de referencia, se abrieron 132 unidades operativas, de las cuales 115 fueron en México (14 bodegas Aurrerá, 30 mi bodegas Aurrerá, 56 bodegas Aurrerá express, 3 Walmart, 8 Sam's club y 4 Superamas) y 17 tiendas de descuento en Centroamérica. Con estas aperturas sumaron 2,448 unidades en operación al 30 de

junio 2011 (1,880 en México y 568 en Centroamérica). Además, en ese trimestre las ventas totales de Walmex ascendieron a \$87,936 millones de pesos, mientras que la utilidad neta ascendió a \$4,487 millones de pesos y el número de empleados era de 228,631.

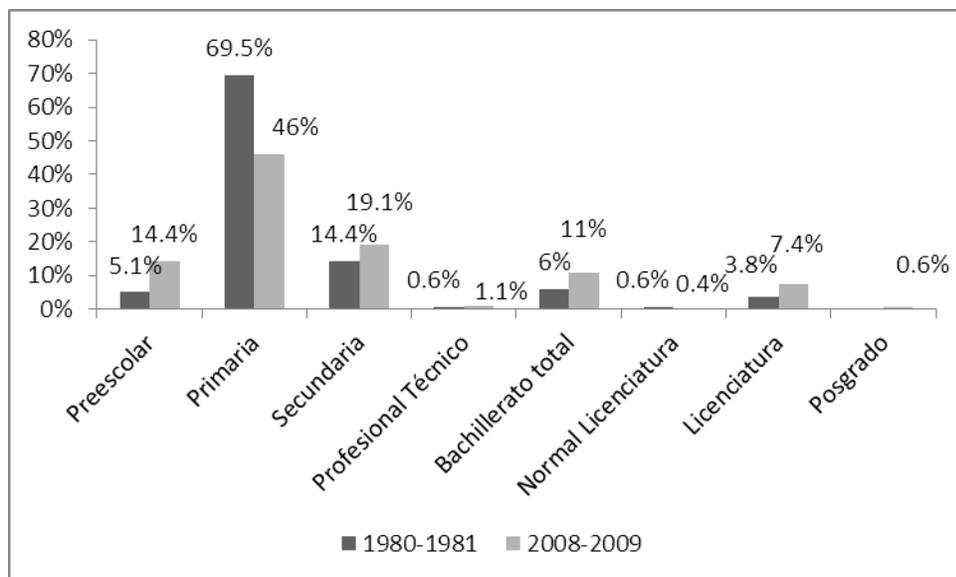
Por lo que se podría decir que en esta última etapa las empresas internacionales de comercio minorista están acaparando la actividad comercial al interior del país, desplazando las cadenas comerciales nacionales, así como los pequeños comercios, a la vez que generan empleos y fuertes ganancias que muy probablemente salen del país.

Educación

En esta etapa también se hicieron esfuerzos importantes en cuanto a las actividades de educación en el país. Por ejemplo, en 1981 se funda el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA); en 1993 suceden varios eventos importantes, se modifica la Constitución para hacer obligatoria la educación secundaria, se produce una nueva Ley General de Educación que permite el uso de formas no tradicionales de educación como la educación a distancia y la capacitación productiva para la atención de grupos marginados, asimismo, en ese año se federaliza la educación en el país, es decir, se asignan recursos a los estados para que operen directamente sus sistemas de educación básica y normal; en 1994 se inicia el establecimiento del sistema EDUSAT con el cual el sector educativo tiene a su disposición 6 canales de televisión digital, desde el satélite Solidaridad I; y en 1997 se amplía el sistema EDUSAT a 16 canales y se comienzan a instalar computadoras en las escuelas, con la idea de llegar en 5 años a una computadora por cada seis alumnos (Díaz, 2006). En el año 2002 se modifica nuevamente la constitución para hacer obligatoria la educación preescolar, quedando el tercer año de preescolar como obligatorio a partir del ciclo 2004-2005; el segundo año de preescolar a partir del ciclo 2005-2006 y el primer año de preescolar a partir del ciclo 2008-2009 (DOF, 2002).

Con relación a la cobertura educativa (SEP, 2009), la matrícula en el sistema educativo escolarizado (desde preescolar hasta posgrado) del país se incrementó un 53%, entre los ciclos escolares 1980-1981 y 2008-2009, al pasar de 21.1 millones de alumnos a 32.2 millones. Además, su distribución se modificó pues la proporción de la matrícula a nivel primaria se redujo en el ciclo escolar 2008-2009 con relación al ciclo 1980-1981; mientras que en el resto de los niveles de educación se observó un aumento (Gráfica 10).

Gráfica 10. Distribución porcentual de la matrícula en el sistema educativo escolarizado en México. Ciclo escolar 1980-1981 y 2008-2009



Fuente: SEP (2009).

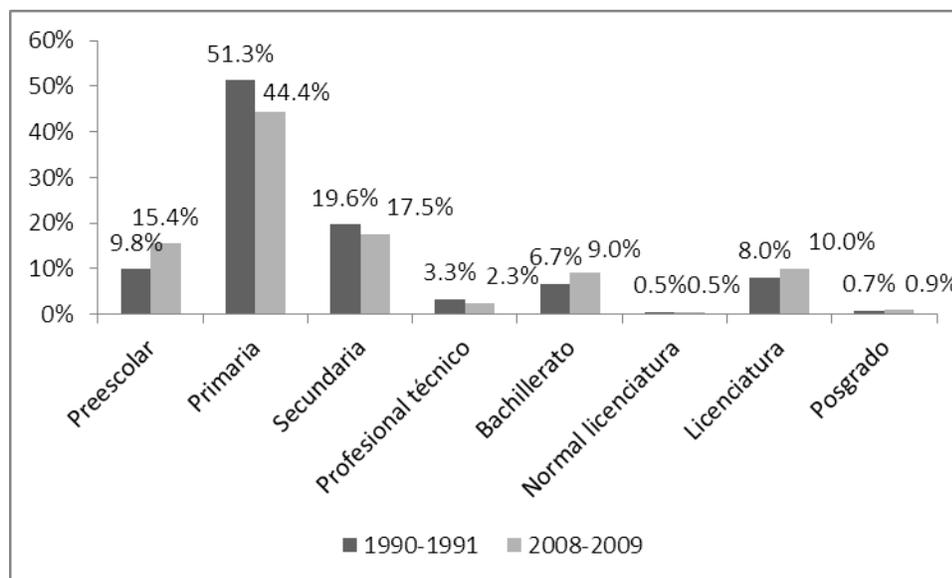
Nota: no hay datos disponibles de posgrado para el ciclo 1980-1981.

En el nivel preescolar la tasa de crecimiento de la matrícula en el país fue de un 333% en el periodo; en primaria apenas del 1%; secundaria de 103%; profesional técnico del 200%; bachillerato de 181%; normal licenciatura de 6% y en licenciatura universitaria de 194%.

Por su parte, en Nuevo León la matrícula en el sistema educativo escolarizado (desde preescolar hasta posgrado) se incrementó un 35%, entre los ciclos escolares 1990-1991 y 2008-2009

(SEP, 2009), al pasar de 955 mil 649 alumnos a 1.3 millones. Además, su distribución se modificó pues las proporciones de la matrícula a nivel primaria y secundaria se redujeron en el ciclo escolar 2008-2009 con relación al ciclo 1990-1991; mientras que en el resto de los niveles de educación se observó un aumento (Gráfica 11).

Gráfica 11. Distribución porcentual de la matrícula en el sistema educativo escolarizado en Nuevo León. Ciclo escolar 1990-1991 y 2008-2009



Fuente: SEP (2009).

En el nivel preescolar la tasa de crecimiento de la matrícula en el estado fue de un 112% en el periodo; en primaria de 17%; secundaria de 20%; mientras que en profesional técnico hubo una disminución del 5%; en bachillerato se presentó un aumento de 82%; en normal licenciatura de 34%; en licenciatura universitaria de 69% y en posgrado de 72%.

Además, cabe destacar que la presencia del sector privado educativo ha ido en aumento en la entidad, pues considerando únicamente el nivel de educación superior, las estadísticas muestran que en el ciclo escolar 1990-1991 el 35% de la matrícula en la educación universitaria y el 47% de la matrícula en posgrado estaba realizada en el sector privado; mientras que en el ciclo escolar

2008-2009, los porcentajes se incrementaron a un 45% y 57%, respectivamente, lo cual muestra que, contrario a lo que ocurría en el periodo de sustitución de importaciones, el Estado ha ido dejando de ser el encargado de la cobertura educativa.

Sector Salud

Antes de los años 80, las decisiones y acciones de centralización de los servicios de salud por parte del gobierno federal obedecieron a deseos de preservar la unidad nacional y desarrollar la atención a la salud en forma uniforme en todo el país (Fajardo, et al, 2002).

Sin embargo, en esta década el sector de servicios de la salud inició una ola de transformaciones estructurales, modificando el panorama de la prestación de estos servicios ligados, por un lado, a las condiciones que el país debía cumplir para que los organismos financieros internacionales le facilitaran créditos para cumplir con las obligaciones de deuda que tenía en ese momento, entre las cuales se pedía la reducción del gasto social, es decir, el gasto público dedicado a educación y a la salud; y por el otro, las condiciones a las que se tuvo que ajustar el mismo sector de la salud para tener acceso a créditos y poder seguir trabajando. Entre los principales ajustes para este sector en los años 80 estaban la descentralización de los servicios de salud desde el gobierno federal hacia los gobiernos estatales, la disminución de la participación del gobierno federal en la prestación de servicios de salud, la redistribución del gasto en salud y la reducción del gasto en salud a nivel federal. En esa época estas medidas solo se aplicaron de manera parcial, pero el discurso oficial preparaba las condiciones para intervenciones posteriores (Menéndez, 2005).

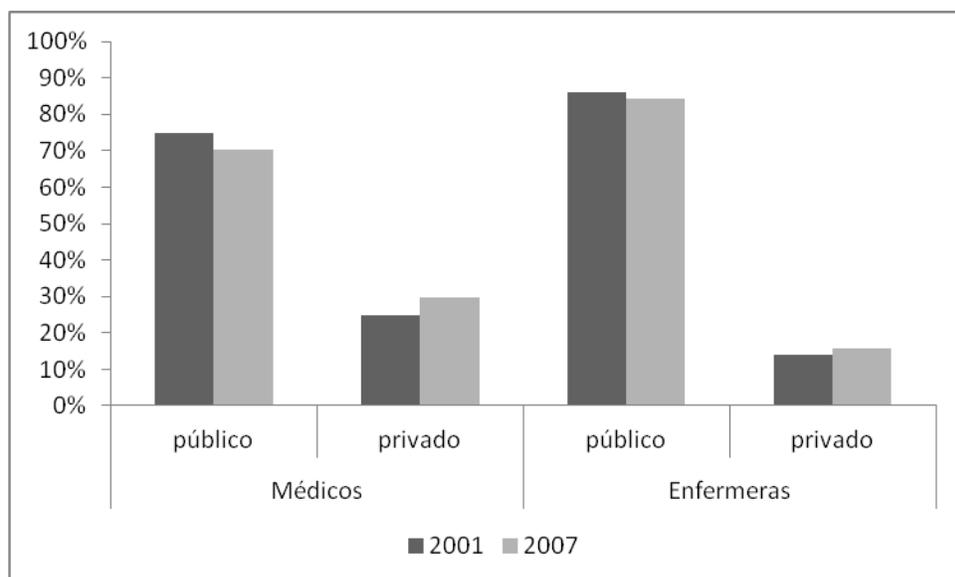
Como parte de este proceso de reforma estructural sectorial se incrementó la colaboración del sector privado⁸¹ con el sector público, fenómeno que ha sido denominado como colaboración público-privada, y se hizo con la intención de desmonopolizar la prestación de los servicios de

⁸¹ Se refiere a instituciones que operan con fines de lucro, las no lucrativas y los prestadores particulares que ofrecen bienes y servicios en salud.

salud, a la vez que aumenta la competencia, el número de servicios, la disponibilidad, la calidad y la eficiencia de los servicios de atención, para mejorar el acceso de las poblaciones pobres a los servicios de salud y lograr un efecto más profundo en la salud pública, es decir, mejorar su desempeño (Nigenda, et al, s/f)

En general, el número de médicos y enfermeras en el sector salud público-privado se ha ido incrementando (Gráfica 12)

Gráfica 12. Distribución porcentual del personal de salud en México en los sectores público y privado, 2001 y 2007



Fuente: SINAIS.

Aunque en el 2001 el 75% de los médicos laboraba en el sector público y 25% en el privado, en el 2007 los porcentajes se modificaron a 70% y 30%, respectivamente, lo que es reflejo de las políticas de descentralización las cuales se concentraron en los servicios de salud orientados a la población no asegurada o abierta y la mayor participación del sector privado de los servicios de

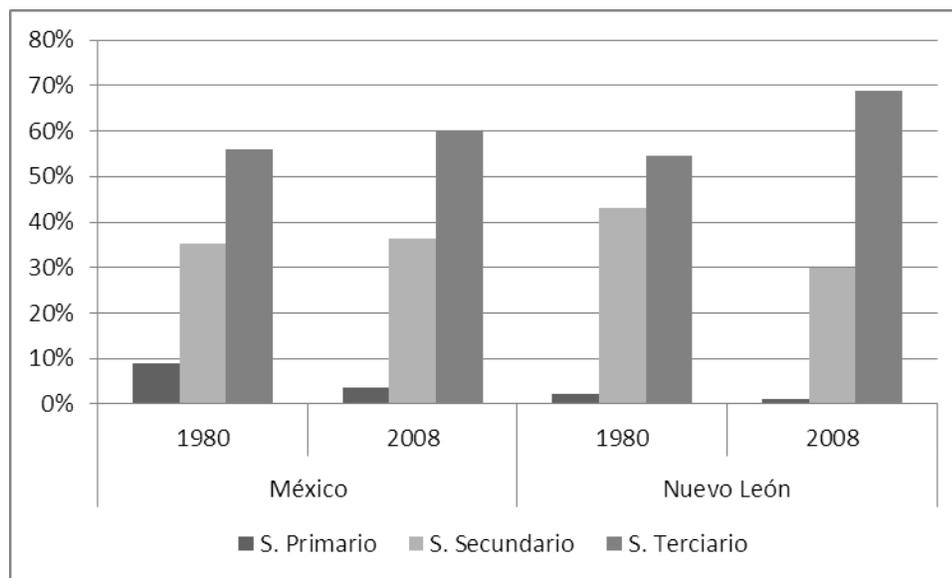
salud. Durante el periodo se agregaron 55 mil 151 médicos más de los cuales 56% se empleó en el sector público y 44% en el privado.

En el caso de las enfermeras en el 2001 el 86% laboraba en el sector público y 14% en el privado. En el 2007 los porcentajes se ubicaron en 84% y 16%, respectivamente. Durante el periodo sólo se agregaron 24 mil 509 enfermeras más, de las cuales el 68% se incorporó al sector público y el 32% en el privado.

El sector terciario en el PIB

Con relación a la aportación del sector terciario al PIB, su participación se incrementó al pasar de 55.8% en 1980 a 59.9% en 2008 a nivel país (Gráfica 13).

Gráfica 13. Estructura porcentual del PIB de México y Nuevo León por sector de actividad económica 1980 y 2008



Fuente: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México (SCNM).
 Cifras de México del 2008 y NL de 1980 en pesos 2003.
 Cifras de México de 1980 en pesos de 1970
 Cifras de NL del 2008 en pesos de 1993.

En el caso de Nuevo León, la aportación al PIB pasó de 54.7% en 1980 a 68.9% en el 2008 impulsado por el incremento de actividades de alto valor agregado como la prestación de servicios de salud, de apoyo informático, de educativos, de comunicación, transporte, entre otros.

En conclusión, en esta tercer y última etapa correspondiente al modelo económico neoliberal, la participación del Estado en el desarrollo económico y social del país fue minimizada al dejar ahora que sean las fuerzas del mercado las encargadas de la asignación de los recursos, dejando a la inversión privada, tanto nacional como extranjera, que se encargue de ofrecer gran parte de los servicios que venía prestando el gobierno hasta principios de los años 80, tales como las comunicaciones, la salud, la educación, entre otros.

De esta manera, durante este periodo la participación del Estado como un medio para la ampliación de las capacidades y libertades sufrió un fuerte deterioro. Ahora las posibilidades de las personas para acceder a las diferentes capacidades, como la educación o la salud, que permitirán la expansión de sus libertades están en función de que puedan pagar por éstas, generándose una mayor desigualdad económica y social entre la sociedad al no haber alguien que se encargue de cuidar que todas las personas cuenten puedan disfrutar de las capacidades básicas,

Asimismo, la generación de empleo en el sector servicios avanzó fuertemente en el periodo convirtiéndose al final del mismo, tanto a nivel nacional como en Nuevo León, en el primer sector con más población ocupada, después del sector secundario. Sin embargo, como se dijo antes, esto solamente muestra el aumento del empleo en el sector pero no habla sobre si estos empleos eran decentes, es decir, trabajos que permitieran que el trabajador y su familia pudieran tener un nivel de vida que los hiciera capaces de liberarse de privaciones como la pobreza y el hambre. Aunque cabe destacar que dada la disminución del papel del sector público en la sociedad, también se vieron disminuidas las instituciones del Estado del bienestar dejando a los trabajadores más vulnerables.

Además, sin olvidar que desde la visión del desarrollo humano el PIB solamente es un medio y no un fin del desarrollo, la contribución que hace el sector servicios a éste es la más importante de los tres sectores, siendo de esta manera el sector que más contribuye a la generación de recursos económicos necesarios para elevar el bienestar y la ampliación de las libertades de los individuos.

De tal forma que durante este periodo se tiene un sector terciario donde la participación del Estado se redujo significativamente por lo que ahora para que las personas puedan disfrutar de los medios que ofrecen las actividades del sector servicios para ampliar sus libertades tienen que pagar ampliándose la brecha en la calidad de vida entre ricos y pobres.

3. Conclusión

A lo largo del periodo revisado podemos observar que las actividades del sector servicios en la economía del país y del estado han mantenido una presencia importante y estable en su participación dentro del PIB, pues su aportación al total del PIB se movió en un rango de entre un 50% y un 60% a nivel nacional. Por lo que se puede señalar que la participación que ha tenido el sector en la economía no se mueve al mismo ritmo que la generación de empleo en el sector, ya que, como fuente generadora de empleos, el sector servicios ha mostrado un patrón de comportamiento distinto, representando apenas un poco más de una décima parte del total del empleo a finales de modelo agroexportador hasta jugar un papel hegemónico a principios del siglo XXI aportando el 65% del total de los empleos en el 2008, desplazando al sector agropecuario como la principal fuente de empleo desde la década de 1980 a nivel país y desde los años 60 en Nuevo León, pero aún sin conocer la calidad de esos empleos.

No obstante, se puede señalar que hasta antes del modelo neoliberal se da una interrelación entre el empleo del sector secundario y terciario, esto se rompe en los últimos años pues la crisis de los años 80 ocasionó un fuerte crecimiento del empleo informal y precario, la

participación que tenía el Estado sobre gran parte de las actividades de servicios en la economía pasó ahora al sector privado nacional y extranjero, además de que el proceso de globalización y la desregulación llevada a cabo a partir de la década de los 90 permitió, prácticamente, la libre entrada de capital extranjero al sector de los servicios, que históricamente se encontraba muy controlado, ocasionando un crecimiento desmesurado del sector con la llegada de grandes transnacionales, especialmente en los servicios orientados al consumidor, con sus respectivos costos y beneficios. Tal es el caso del comercio minorista, el sector de la salud, el turismo, la telefonía, la mensajería y otros servicios, que aunque han generado empleo y se ha logrado que el consumidor se vea beneficiado con una mayor variedad de opciones de servicios y precios más competitivos; también han eliminado muchos pequeños establecimientos que eran parte de tejido económico del país y que no pudieron competir con los más grandes, ocasionando que en muchos de los casos estos microempresarios pasaran a formar parte de las filas de los asalariados o los desempleados. Además, uno de los daños más importantes, en el caso de la inversión extranjera, es que las ganancias que se generan no se quedan en el país sino que se desplazan a las naciones de origen de estas empresas (Milberg, 2004), implicando esto que la fuerte participación que tiene el sector en el PIB del país y del estado se vuelve un espejismo cuando se de crecimiento económico o como un medio de ampliación de las capacidades de los individuos.

De esta forma tenemos un sector de servicios que ha crecido a través del tiempo producto de una serie de aspectos como el proceso de industrialización, los avances tecnológicos, el avance en la educación, las crisis económicas, los movimiento de flujos de inversión internacionales, entre otros. Sin embargo, en este proceso de transformación y crecimiento del sector terciario la política pública también ha jugado un papel muy importante, incluso ocasionando que estas actividades transiten entre lo público y lo privado.

Desde el punto de vista del desarrollo de las capacidades y libertades que se encuentran inmersas en el sector servicios, se puede observar que en la época colonial y hasta principios del

porfiriato éstas eran incipientes, pero a partir del impulso de desarrollo industrial y una serie de inventos ocurridos a finales del siglo XIX y principios del XX se comienza a dar un despegue y ampliación de las capacidades y libertades que permitirán que más personas hagan o sean lo que valoran. Es hasta la época de sustitución de importaciones donde se observa un franco avance hacia la expansión de las capacidades y libertades individuales con el impulso desde el Estado de los diferentes mecanismos e instituciones que promueven las oportunidades sociales, económicas, políticas y culturales en la sociedad. Sin embargo, estos avances logrados se desvanecen de manera importante una vez que se cambia de modelo económico, pues desaparece el Estado como el principal promotor y toma su lugar el mercado ocasionado que quienes deseen tener acceso a esas capacidades necesarias para la expansión de las libertades ahora tengan que pagar, traduciéndose esto en una mayor desigualdad de capacidades sociales, económicas, culturales y políticas, por lo que como sugiere Sen (2000) en algunas ocasiones hace falta permitir la participación del Estado para regular el mercado.

CAPÍTULO 3. EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD: HISTORIA DE LA CONFORMACIÓN DE LAS LIBERTADES INSTRUMENTALES

Introducción

La atención a la salud en el país ha transitado desde la medicina herbolaria de la época precolombina, a las actividades de caridad y beneficencia desarrolladas por la sociedad durante la Colonia y, posteriormente, en el México independiente y revolucionario, a la creación de las instituciones de asistencia y después a las de la seguridad social (López, 2002). Para conocer algunos de los cambios que se fueron dando en el sistema de salud y sus implicaciones en cuanto a su infraestructura, recursos humanos e impacto en la expansión de las capacidades de los individuos, se ha realizado el presente capítulo en el cual se ha dividido el tiempo en tres periodos tomando como referencia los modelos económicos que han imperado en el país. Esto, considerando que las transformaciones que ha sufrido el sector de la salud tienen mucho que ver con la economía (Ordóñez, 2002). El capítulo está dividido en seis partes: la primera, las libertades instrumentales y los servicios de salud; la segunda, los servicios de la salud en el modelo agroexportador: una capacidad instrumental incipiente; la tercera, los servicios de la salud en el modelo de sustitución de importaciones: Gran impulso del Estado en el desarrollo de las capacidades instrumentales; la cuarta, los servicios de salud en el modelo neoliberal: hacia un detrimento en las libertades instrumentales individuales; la quinta, hacia un empeoramiento de las libertades instrumentales en salud; y la sexta, la conclusión.

1. Las libertades instrumentales y los servicios de salud

De acuerdo al enfoque del desarrollo humano, la prosperidad económica contribuye a mejorar las elecciones de la gente permitiéndoles llevar una vida más satisfactoria pero, aspectos como la educación, la salud y otros factores son componentes directos del desarrollo pues influyen las libertades efectivas de que gozan los individuos y amplían las capacidades y opciones para que las personas puedan ser y lograr hacer lo que valoran (Sen, 2000). Por lo que

servicios como los de salud representan un medio o instrumento para expandir libertades, como la salud.

De acuerdo al enfoque de Sen (2000), la libertad se concibe como las capacidades individuales para hacer cosas que los individuos tienen razones para valorar hacer o ser. Esto es, se concibe al ser humano como portador de las capacidades, las cuales se pueden dividir en *básicas* (determinadas en principio por el valor de la justicia, por ejemplo, estar bien alimentado) y *potenciales* (aquellas que son deseables porque permiten alcanzar una mayor calidad de vida y en consecuencia una justicia social de mayores alcances, por ejemplo, la participación social) (Sen, 1992).

De esta manera, se puede señalar que la expansión de la libertad tiene dos roles: por un lado, es el *fin* primordial y, por el otro, es el *medio* principal del desarrollo, a lo que se le puede llamar también *papel constitutivo* y *papel instrumental* de la libertad en el desarrollo (Sen, 2000).

El *papel constitutivo* de la libertad se relaciona con la importancia de las libertades fundamentales para el enriquecimiento de la vida humana, como la libertad de sobrevivir y las libertades relacionadas con la educación, como poder leer y adquirir conocimientos; la participación política, que permita participar en la vida de la comunidad a la que se pertenece y expresarse libremente; y la libertad de expresión.

Por su parte, el *papel instrumental* de la libertad se refiere a que, aparte de la forma en que contribuyen los diferentes tipos de derechos y oportunidades a expandir la libertad del hombre en general, estas oportunidades y derechos se complementan mutuamente al estar relacionados entre sí, resultando en una mejora o aumento de las libertades de las personas y contribuyendo de esta forma al progreso social y económico, es decir, a que se presente un mayor desarrollo humano.

Para Sen (2000) la diversidad de instrumentos es muy grande por lo que describe 5 tipos distintos de libertad vistos desde una perspectiva “instrumental”: *libertades políticas*, se refieren a las oportunidades que tienen los individuos para decidir, investigar, criticar, etcétera, sobre aspectos como la conciencia política, libertad de expresión, las democracias, etcétera; *servicios económicos*, se refieren a la oportunidad de los individuos de utilizar los recursos económicos para consumir, producir o realizar intercambios; *oportunidades sociales*, se refiere a los sistemas de educación, sanidad, la integración y diversidad política y cultural y, el acceso a cualquier otro tipo de servicios públicos que tiene la sociedad y que influyen en la expansión de la libertad del individuo para vivir mejor. Estos servicios son importantes tanto para la vida privada (al evitar muertes prematuras, llevar una vida sana, entre otras cosas) como para participar eficazmente en las actividades económicas, sociales y políticas; *garantías de transparencia*, relacionadas a la libertad de los individuos para interrelacionarse con otros suponiendo un grado mínimo de confianza, con la garantía de la divulgación de la información y de la claridad de ésta y; *seguridad protectora*, se refiere a la red de protección social necesaria para evitar que la población que está en la miseria o vulnerable caiga en una situación aún peor debido a eventualidades. Bajo este contexto, los servicios de salud representan una de las *libertades instrumentales* necesarias para lograr una vida saludable, ya que la falta de atención de la salud es una de las principales privaciones que enfrenta el ser humano pues, al estar expuesto a enfermedades y causas de muertes evitables, afecta negativamente su nivel y calidad de vida e incrementa la pobreza. Sin embargo, la contribución que estas oportunidades pueden hacer para la expansión de las libertades está fuertemente condicionada por el entorno económico, político, social, cultural y ambiental en el que se desarrolla (Sen, 1992).

Partiendo de lo anterior, los servicios de salud son un aspecto que permite la ampliación de las auténticas libertades de que disfruta la población (Sen, s/f), pues influyen en la libertad fundamental del individuo para vivir mejor ya que no sólo son importantes para la vida privada (como llevar una vida sana, evitar enfermedades o la muerte prematura), sino también para

participar de manera más eficaz en aspectos políticos, económicos, sociales, culturales, y de cualquier tipo en beneficio de la sociedad, lo que permite una mayor libertad para que las personas hagan lo que desean hacer o ser (Sen, 2000).

Por lo anterior, surgen preguntas como, ¿de qué manera se ha llevado a cabo el desarrollo de la libertad instrumental relacionada con los servicios de salud en el país y en Nuevo León?

2. Etapa I. Los servicios de la salud en el modelo agroexportador: una capacidad instrumental incipiente

México prehispánico

En el México prehispánico la medicina que predominaba era la mágico-religiosa, no obstante, la práctica médica ya era avanzada, pues códigos antiguos como el de Moctezuma y el mendocino⁸² muestran ritos a las fuerzas sobrenaturales, pero también representan acciones médicas que aún son empleadas. Lo mismo se ha encontrado en restos óseos de la época donde se observan huellas de intervenciones quirúrgicas que, aunque algunas de ellas pudieron ser por cuestiones religiosas, otras parecen expresiones de un criterio médico moderno (Lozoya, 2000).

En ese tiempo, ya existían organismos encargados de dar un cuidado permanente a la salud, centros de atención a los huérfanos y reclusorios para enfermos de lepra, entre otros (Sánchez, 2000).

Durante la conquista española y la Colonia

Incluso, la calidad de la práctica médica en el país era tan aceptable que después de consumada la Conquista, Hernán Cortés no incluye inicialmente el envío de médicos entre los profesionistas y

⁸² El Códice Mendocino o Mendoza recibe su nombre debido a que fue el primer virrey de la Nueva España, Don Antonio de Mendoza, que desempeñó su cargo de 1535 a 1550, quien lo mandó hacer con el fin de enviar a Carlos V informes sobre los antiguos mexicanos (INAH, 1996).

técnicos que pide a España, pues la población local confiaba de tal forma en sus terapeutas⁸³ que durante mucho tiempo funcionó en la Nueva España un establecimiento de salud exclusivamente atendido por médicos nativos (Lozoya, 2000). No obstante, los médicos españoles fueron llegando poco a poco, comenzando con Cristóbal de Ojeda, quien comandaba una de las carabelas que llegaron al país en 1521 durante la conquista, en cuya tropa invasora también venían Juan de Murcia, barbero y boticario, así como, Isabel Rodríguez, Juana Martín y Beatriz Palacios, quienes fueron las primeras enfermeras en el país (Viesca, 2000).

No obstante, progresivamente las prácticas de la salud sufrieron cambios importantes a raíz de la conquista española. Los Reyes Católicos de España dictaron reales cédulas para mantener estrecha vigilancia de la práctica médica, considerando que la Nueva España era un reino más de Castilla (González y Almeida (s/f). Así, para el año 1524 Hernán Cortés funda el primer hospital⁸⁴ con carácter de asistencia pública para enfermos españoles, denominado “La Purísima Concepción y Jesús Nazareno” (actualmente Hospital de Jesús, el más antiguo del continente americano y en el que en 1719 se instauró por primera vez en el mundo el internado obligatorio de dos años para los médicos (Kretschmer, 2000)), multiplicándose posteriormente este tipo de instituciones en las diferentes provincias de la Nueva España (OPS, 2002).

El modelo de institución hospitalaria que se impuso en el país era el mismo que predominaba en Europa: el hospital-convento, de tinte cristiano con componentes islámicos y judíos, que eran instituciones mixtas con una parte reservada para enfermos donde las funciones de los sacerdotes y de los médicos estaban bien delimitadas y, como ahora sucede, los médicos

⁸³ Había una compleja clasificación de los médicos indígenas, o ticitl, entre ellos, los que daban la energía a las personas, los que curaban los golpes, los que daban masajes y los que atendían las fracturas, etcétera.

⁸⁴ No obstante, hasta antes del siglo XVIII los hospitales no eran instituciones de medicalización sino de asistencia a los pobres en espera de la muerte, se ingresaba para morir, pues hasta antes de ese siglo la medicina no se encontraba muy desarrollada, no era una verdadera ciencia, por lo que se cometían muchos errores de diagnóstico e impedía que los individuos hospitalizados pudieran salir con vida de esos lugares (Foucault, 1974). No es sino hasta mediados de ese siglo, cuando se descubren los anestésicos, la técnica de anestesia general y la asepsia, cuyo uso en la práctica médica comienza a permitir que algunos de los hospitalizados salgan con vida, es decir, a partir de entonces los hospitales se convierten en un aparato de medicalización colectiva.

trabajaban en el hospital en cuestión y a la vez tenían su consulta en alguna otra parte de la ciudad o población (Kretschmer, 2000). Este modelo de medicina española se parecía mucho a la medicina prehispánica pues ambas culturas tenían la herbolaria como fundamento para alcanzar la curación y estaban insertas en la cosmovisión religiosa, en el caso de los españoles mediada por las fuerzas sobrenaturales de la creencia cristiana (Lozoya, 2000). En ambas culturas se creía que la enfermedad se contraía por la transgresión de una regla de conducta moral o por la acción de seres y fuerzas que rompían el equilibrio del organismo humano.

Sin embargo, el control sobre el ejercicio de la salud en la Nueva España comienza a ser realizado de manera interna a partir de 1527 cuando se nombró un primer protomédico, Don Pedro López, quien se encargaba de controlar la profesión médica e imponía las penas a los que ejercían sin título o sin permiso (González y Almeida (s/f), facultándolo también para examinar a los especieros, herbolarios y otros practicantes de la medicina.

El protomedicato atribuyó a los curanderos o médicos locales, quienes se resistían a aceptar las nuevas normas, el papel de hechiceros idólatras relacionados al demonio, por lo que fueron perseguidos, muertos o desterrados. Las escuelas de medicina y la transmisión formal del conocimiento médico indígena se prohibieron por considerarse manifestaciones de idolatría. La iglesia católica se encargó de destruir edificios, pinturas, murales, escritos, es decir, todo lo que estuviera relacionado con las creencias locales; mientras que los médicos españoles se encargaron de recolectar el conocimiento indígena sobre las plantas medicinales (Lozoya, 2000), proceso que duró mucho tiempo.

En 1532 Vasco de Quiroga fundó la primera casa cuna en el país (HIMFG, s/f); asimismo, se crea el Hospital de San José de los Naturales, para atender a los indios (Viesca, 2000). Para 1533 se nombraron visitadores para que en las boticas no hubiera fraudes y en 1536 se estableció una cuota de 4 reales como honorarios para los médicos por visita, ordenándoseles que se encargaran también de examinar a las parteras (González y Almeida (s/f). En 1539 se crea el hospital Amor de

Dios, para los sífilicos, en 1567 el hospital San Hipólito⁸⁵, para los enfermos mentales y convalecientes.

En 1571 se agrega una autoridad más en el control del ejercicio médico en el país: la Inquisición. Don Pedro Moya de Contreras fue nombrado Inquisidor Mayor de la Nueva España, cuya misión fue establecer en el país el tribunal de la Santa Fe. A partir de entonces, el protomedicato se encargaría de examinar a los aspirantes al ejercicio médico así como a mantener, junto con el tribunal de la Inquisición, un control eficaz del ejercicio médico.

En 1572 se crea el hospital de San Lázaro, para leprosos. Posteriormente en la Universidad de México⁸⁶, fundada en 1551 y la cual se acordó fuera regida por los estatutos de la Universidad de Salamanca, una de las escuelas más prestigiadas de su época (Aguilar, 2000), se crea en 1575 la Cátedra Prima de medicina, que lleva consigo la presidencia del Tribunal del protomedicato, (González y Almeida (s/f), dándose de esta forma inicio a la instrucción formal de médicos en la Nueva España (Aguilar, 2000).

Como se puede observar, en el primer siglo de la conquista, el país sufrió muchos cambios en el ejercicio de la medicina, no obstante, durante ese periodo la población indígena vivió una catastrófica reducción. De acuerdo a Borah y Cook (1960), la población indígena en el México central antes de la conquista era de alrededor de 25 millones de personas y entre 1519 y 1607 disminuyó en un 90% debido a los efectos de la guerra, los trastornos económicos y sociales y las nuevas enfermedades traídas por los españoles, tales como la viruela, el paludismo, el sarampión, el tifus, las paperas, la peste pulmonar y la difteria.

⁸⁵ El primero en su tipo en el continente americano, el cual antecede por cerca de 200 años a cualquiera de las fundaciones de ese género en Estados Unidos.

⁸⁶ El 7 de octubre de 1595 el Papa Clemente VIII la declaró Pontificia a través de una bula, es decir, un documento pontificio sellado, a partir de entonces se le denominó Real y Pontificia Universidad de México (Aguilar, 2000).

Para el siglo XVII, por disposición del Consejo de Indias⁸⁷, se funda la Junta o Tribunal del Protomedicato (López, 1980) el cual, al igual que el del reino de Castilla, se encargaría de velar por el buen ejercicio y enseñanza de la medicina y por todo aquello en conexión con la higiene y salubridad, por lo que en esta época se dictaron diferentes disposiciones al respecto tales como, la dirigida a que solamente los médicos graduados en la universidad serían los que podrían ejercer o enseñar la medicina probando lo anterior mediante la exhibición de los títulos correspondientes, así como, que serían los protomédicos los que se encargaran de dar las licencias a los médicos, cirujanos, boticarios, barberos, algebristas⁸⁸ y demás, siempre y cuando fueran examinados por ellos.

Los últimos dos virreyes del siglo XVIII, José María Bucareli y el conde de Revillagigedo, hicieron grandes esfuerzos por mejorar las condiciones sanitarias de la Nueva España, a través de obras como el control de aguas potables, eliminación de aguas negras, limpieza de la vía pública, y control de la calidad de los alimentos (Viesca, 2000).

México independiente

En el siglo XIX el sistema hospitalario fue sacudido fuertemente debido a una serie de cambios, tales como, la expulsión de los jesuitas por el Papa Clemente XIV⁸⁹, la secularización y la Revolución francesa. Estos cambios en el viejo continente tuvieron su repercusión en la Nueva España, constituyeron las condiciones externas que motivaron la lucha por la Independencia que estalló en 1810 por lo que, al independizarse, el país tuvo que buscar un nuevo modelo de medicina adoptando el francés, cuyas consecuencias fueron la fusión conceptual de la medicina con la cirugía (Kretschmer, 2000), no obstante, los antiguos hospitales continuaron activos.

⁸⁷ Consejo consultivo creado durante el reinado de Carlos I con el objetivo de controlar y asesorar sobre las posesiones de la corona española en América.

⁸⁸ Cirujano, generalmente empírico y de escasa formación, dedicado principalmente a las fracturas o luxaciones de los huesos.

⁸⁹ Se refiere a la expulsión de la Compañía de Jesús en varias monarquías católicas europeas, incluidas sus colonias.

Hasta antes de la independencia, la enseñanza de la medicina en la universidad se mantuvo prácticamente sin cambios desde sus inicios, es decir, no se incorporaron los adelantos que se iban dando en los diferentes países, se limitaba a la enseñanza de las doctrinas galénica e hipocrática (Aguilar, 2000). La metodología de la enseñanza fue escolástica y los catedráticos se concretaban a la lectura de los textos estipulados por el Claustro Universitario, aunque en 1645 se hizo obligatorio que el estudiante asistiera al menos a las disecciones humanas. Después de la proclamación de la Independencia, en 1933 la Real y Pontificia Universidad de México fue suprimida y en su lugar se fundó una nueva escuela de medicina que se le llamaba Establecimiento de las Ciencias Médicas, en la que los estudios de medicina y de cirugía se unificaron en un solo plan de estudios, como se hacía en Francia, iniciándose de esta forma una nueva época en la medicina en el país y donde surgen los hospitales universitarios.

El protomedicato fue suspendido por la Constitución española de Cádiz de 1812 y transformado años después en un Tribunal de Seguridad que fungió como órgano encargado de la salud y salubridad pública en el país hasta 1831 (López, 1980). Ya en el México Independiente, a finales de ese mismo año, se deroga el Real Tribunal del Protomedicato, y en su lugar se establece una Junta que se determinó llamarle Facultad Médica del Distrito Federal la cual tomaría bajo su cargo las atribuciones encomendadas al antiguo tribunal, además, tendría la tarea de integrar el código sanitario del país, lo cual sucedió sesenta años después debido a la inestabilidad política que entonces vivía el país (González, 1988).

De acuerdo a la Secretaría de Salud (SS, s/f), para esta época de la Independencia no existía en el país un sistema público de prestación de servicios de salud, las actividades del gobierno sólo se limitaban al control epidemiológico, fundamentalmente en puertos y fronteras. La asistencia social se manifestaba en acciones aisladas que prestaban las organizaciones eclesiásticas, las instituciones de beneficencia privada y los particulares. De esta manera se puede señalar que los servicios de salud no jugaban un papel como libertad instrumental que potenciara las capacidades

de los individuos ya que más bien representaba una fuente de privación de libertades muy importante, sin embargo, esto comenzará a cambiar más adelante.

Es en 1846 cuando se crea un órgano encargado de la salud pública, el Consejo Superior de Salubridad (que posteriormente sería lo que hoy se conoce como Secretaría de Salubridad y Asistencia), y después se crean las Juntas de Salubridad en cada uno de los estados, así como Juntas de Sanidad en los Puertos (Ortiz et al, 2008; González y Almeida, (s/f); y SS, (s/f)).

Además, durante la invasión norteamericana, surge la necesidad de establecer hospitales de sangre para atender a los heridos de guerra, por lo que en 1847 el edificio del Colegio de los Agustinos de San Pablo, que funcionaba como cuartel, fue destinado para crear el Hospital San Pablo (SS, 2005).

En el caso del estado de Nuevo León, la prestación de los servicios de salud pública nace con la expedición del Decreto Gubernamental del 19 de septiembre de 1851, mediante el cual se crea el Consejo de Salubridad del Estado de Nuevo León (NL, s/f).

Posteriormente, con las Leyes de Reforma en 1859, que dio paso a la desamortización de los bienes del clero permitió que las instituciones de asistencia en el Distrito Federal y del resto del país quedaran bajo la responsabilidad del gobierno federal, cuya vigilancia se hacía a través de la Secretaría de Gobernación, y el encargado de su administración era el Ayuntamiento. A partir de entonces, la actividad del gobierno en torno al sector de la salud comienza a ser más activa.

En 1872, en el marco de los primeros años de la República Restaurada, se reglamenta y regula la existencia, el funcionamiento y las actividades del Consejo Superior de Salubridad, cuya acción permanente tenía como finalidad la prevención y resolución de los problemas sanitarios. Asimismo, por primera vez se aplican los conocimientos estadísticos, tanto para saber el estado de salud en la población como para calcular la probabilidad de enfermedades en el entorno social

(Kumate, 1990), esto, probablemente incentivado por la fuerte relación económica que había entre Europa y México durante el gobierno de Porfirio Díaz, por lo que las medidas sanitarias que en el viejo continente se aplicaban lograron permear en el país.

Asimismo, en esta época, México comienza a participar en los intentos que tiempo atrás se habían iniciado en Europa (sin lograr grandes resultados) para internacionalizar la cooperación de los países en los problemas de salud pública. Por ejemplo, representantes del país asisten a la V Conferencia Sanitaria Internacional⁹⁰, reunida en Washington D.C. de enero a marzo de 1881, primera que se celebraba en el continente americano y con la asistencia también, por primera vez, de países americanos (Delgado, Estrella y Navarro, 1999), la cual buscaba que los países actuaran de manera conjunta para evitar el contagio de epidemias además de promover el comercio. Posteriormente, México también asiste a la I Conferencia Internacional Americana efectuada en Washington, desde el 2 de octubre de 1889 al 19 de abril de 1890, en la cual se aprueba la creación de la X Comisión, "para tomar en consideración e informar sobre los nuevos métodos de establecer y mantener reglamentos sanitarios en el comercio entre los países representados en la Conferencia". La X Comisión dictaminó y la Conferencia recomendó que los países adoptaran la Convención Sanitaria Internacional de Río de Janeiro (1887) o el texto de la Convención Sanitaria del Congreso de Lima (1888).

Además, se comienzan a crear una serie de institutos relacionados con la salud y se construyen más hospitales. En 1888 se crea el Instituto Médico Nacional; en 1895 el Instituto Patológico y en 1889 el Instituto Bacteriológico Nacional (que en 1921 se transformaría en el

⁹⁰ Estas conferencias se venían realizando desde 1851 en Europa como respuesta a la epidemia de cólera que en 1848 azotó al continente europeo ocasionando la muerte de 54 mil personas, llevando a que Inglaterra iniciara reformas sanitarias basadas en la colección de datos demográficos y de salud, estableciera puestos de salud, promulgara políticas sanitarias, llevara a cabo estudios sobre las causas de las enfermedades y, sobre la base de sus conclusiones, aplicara medidas de prevención y control. Naciendo de esta manera en Inglaterra la Ley de Salud Pública y la Junta General de Salud, que conforman hitos muy importantes en la historia de la salud pública y que después copiaron otros países (Delgado, et al, 1999).

Instituto de Higiene). Asimismo, a finales del siglo XIX se construye el Hospital Francés, el Sanatorio Español y el Hospital Anglo-Americano (Kretschmer, 2000).

El primer Código Sanitario en el país se expide en 1894 donde se le conceden facultades al Ejecutivo Federal sobre puertos, fronteras y asuntos migratorios y cinco años más tarde, en 1899, entra en vigor la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito Federal y Territorios Federales, la cual establecía una Junta para promover y vigilar los establecimientos (SS, s/f).

Como puede apreciarse, durante esta época el Estado no asumía la responsabilidad de prestar atención médica conforme a un criterio de asignación, por lo que las acciones de prevención y restauración de la salud sólo eran para algunos grupos de la población por lo que se puede considerar que la libertad instrumental de los servicios de salud era incipiente, pues no se orientaba a que cada vez más personas tuvieran acceso a estos y con ello a la libertad fundamental de estar sanos.

Esto se debe quizás a que el Consejo Superior de Salubridad no podía extender su jurisdicción a todo el país por obstáculos de orden legal, debido a que la Constitución de 1857 no hacía referencia a la salubridad o salud pública implicando la ausencia de los medios jurídicos necesarios para que los estados pudieran promulgar sus propias legislaciones en materia de salud. Esto ocasionaba que solo fuera posible la medicina preventiva o asistencial y que el gobierno federal sólo atendiera problemas relacionados con la salud en los estados o municipios de modo indirecto y/o accidental (Kumate, 1990).

No obstante, los avances en la medicina continuaron y la presencia del país en el tema también. Para ese tiempo ya se había introducido en México la antisepsia listeriana⁹¹, la transfusión sanguínea, el estetoscopio, la vacuna contra la rabia, la anestesia con éter y la anestesia con

⁹¹ Sustancias antimicrobianas que se aplican en el tejido vivo para reducir la posibilidad de una infección.

cloroformo, la inyección hipodérmica; además, se diferenciaba la tifo de la tifoidea, se conocía el tratamiento contra el cólera, entre otros (Kretschmer, 2000).

En materia internacional, los previos intentos de llevar a cabo una política de sanidad se materializaron en América, incluyendo México, en 1902 cuando se crea la Oficina Sanitaria Internacional, con sede en Washington, D. C., la cual tenía las siguientes funciones (Delgado, et al 1999):

- Solicitar de cada país que se sirva remitir pronta y regularmente a la oficina todos los datos relativos al estado sanitario de sus puertos y territorio nacional.
- Obtener toda la ayuda posible para hacer estudios científicos completos de los brotes de enfermedades contagiosas que pudieran ocurrir en los países.
- Proporcionar su mayor ayuda y su experiencia a fin de obtener la mejor protección posible para la salud pública de los países a fin de conseguir la eliminación de la enfermedad y facilitar el comercio entre las naciones.
- Estimular, ayudar o imponer todos los medios jurídicos a su disposición para el saneamiento de los puertos marítimos, incluyendo la introducción de mejoras sanitarias en la rada, el sistema de avenamiento, el drenaje del suelo, la pavimentación y la eliminación de la infección de los edificios, así como la destrucción de mosquitos y otros insectos nocivos.

En 1905, se funda el Hospicio de Niños (HIMFG, s/f), y el Hospital de San Andrés cede el paso a la fundación del Hospital General de México. Se moderniza el Hospital Juárez⁹², y se inaugura el manicomio de La Castañeda (1910), (Kretschmer, 2000).

México postrevolucionario

Con la Revolución mexicana, las instituciones de salud vuelven a ser sacudidas, no obstante, es al término de la lucha cuando se dan los primeros pasos hacia la institucionalización de la operación de los servicios de salud en el país, previéndose en la Constitución Mexicana

⁹² El 19 de julio de 1872, luego de la muerte de Benito Juárez, el Hospital de San Pablo pasó a llamarse Hospital Juárez por acuerdo del cabildo de la Ciudad de México (SS, 2005).

promulgada en 1917 la creación del Departamento de Salubridad y del Consejo de Salubridad General (SS, s/f).

En el artículo 73 fracción XVI se establece: “Para dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización...y salubridad general de la República”. Además, señala que el Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República y que el Departamento de Salubridad se encargará de dictar las medidas preventivas inmediatas en el caso de epidemias graves en el país (UNAM, s/f).

Asimismo, se dio inicio a las reformas que en el futuro serían indispensables para el establecimiento de un Estado de Derecho en el país que garantizara la igualdad de todos los mexicanos, surgiendo la protección a la salud como un derecho constitucional y libertad fundamental de los individuos, ligado en una primera instancia, como un derecho social de los trabajadores, al hacerse hincapié en la responsabilidad de los empresarios ante los accidentes y las enfermedades derivadas del trabajo. Lo anterior fue reflejado en el Artículo 123 fracción XIV de la Constitución:

Los empresarios serán responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivos o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patronos deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aun en el caso de que el patrono contrate el trabajo por un intermediario.

Además, en dicho artículo en su fracción XXIX, se asentaba lo siguiente:

Se considera de utilidad social, el establecimiento de cajas de seguros populares de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión popular.

De esta forma, es en la Constitución (una de las primeras en el mundo que incluía los derechos sociales) donde se formalizan las demandas de la Revolución, abriendo la posibilidad del fomento estatal para el establecimiento de instituciones comprometidas con el tema de la salud y la justicia social (Ordoñez, 2002), libertades básicas del ser humano, aunque en un principio estos derechos se orientaban a los trabajadores y sus familias.

Sin embargo, entre 1917 y principios de los años 30 los gobiernos posrevolucionarios dieron poca importancia al tema de la salud, pues solo se crean las dependencias centrales que se encargarían de aplicar las medidas sanitarias preventivas. Pues, solamente en ese mismo año, 1917, se crean el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública, pero es hasta 1924 cuando se reglamentan las funciones y atribuciones del Departamento de Salubridad Pública, las cuales contemplan el nombramiento de delegados en los estados, puertos y fronteras, de jefes de campañas y de inspectores en la República, para la administración de los servicios sanitarios federales, así como delegados en el Distrito y territorios cercanos (SS, s/f).

En el caso de Nuevo León, en los años 1927 y 1928 el Consejo de Salubridad estableció Delegaciones de Salubridad en los municipios de Aldama, Allende, Cerralvo, Lampazos, Salinas Victoria, Villa de Santiago y Villaldama (NL, s/f). Además, el 1° de mayo de 1928, dicho Consejo de Salubridad pasa a formar parte de la Delegación Federal de Salubridad, dándose inicio a la creación de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado.

No obstante, es en esta época cuando se realiza un gran esfuerzo de estructuración médica en el país, por lo que se le ha llamado el periodo de la consolidación de las especialidades, haciendo una clara diferencia con la medicina del pasado y yendo acorde con la nueva distribución del Hospital General y el perfil de la Escuela de Medicina de la Universidad. A partir de entonces, se sientan las bases científicas de la cardiología, la gastroenterología, la neurocirugía y de la anatomía-

patología (Kretschmer, 2000). Como parte de esto, en 1928 se integra el Comité Nacional de Protección de la Infancia y en 1930 se crea la Sociedad Mexicana de Pediatría (HIMFG, s/f).

En la última parte de este periodo se comienza a allanar el camino para que los derechos sociales presentes en la Constitución, como la seguridad social, comiencen a ser una realidad en el país, para ello, una serie de eventos a nivel internacional juegan un papel muy importante.

Los daños causados por la primera guerra mundial, la Revolución Rusa, en una primera instancia, y posteriormente, la crisis de la Gran Depresión de 1929, fueron acontecimientos decisivos para que a nivel internacional se comenzara a hablar sobre posibles reformas sociales que contribuyeran a resolver los efectos perturbadores y generadores de conflictos del desarrollo centrado en el mercado, a lo que se le llamaba “la cuestión social”. El Tratado de Versalles articuló un enfoque reformista de la cuestión social, que luego se difundió especialmente por la Organización Internacional del Trabajo, OIT, -fundada en 1919- (Malloy, 1986), institución que comienza a organizar discusiones a nivel internacional en torno a la preocupación por la seguridad social⁹³. Por ejemplo, en 1919 la organización emite el convenio sobre la protección a la maternidad, en 1920 el convenio sobre indemnizaciones de desempleo (naufragio), en 1925 el convenio sobre la indemnización por accidentes del trabajo, las enfermedades profesionales, y otro sobre la igualdad de trato en accidentes de trabajo. Mientras que en 1927 emite un convenio sobre el seguro de enfermedad (industrial) y otro convenio sobre el seguro de enfermedad (agrícola), entre otros. Además, desde 1925, el Grupo de los Trabajadores de la OIT había sugerido que el Consejo de Administración examinara la posibilidad de invitar a México a ingresar a la OIT. Sin embargo, la

⁹³ Tras la revolución industrial y debido a la propiedad privada de los medios de producción, muchas personas sólo podían vender o alquilar su fuerza de trabajo para sobrevivir, por lo que aspectos como la enfermedad, la vejez y el desempleo se convirtieron en riesgos importantes para el trabajador y la empresa, surgiendo de esta manera la seguridad social como solución (Ortún, 1992). El primer antecedente que existe sobre la seguridad social se remonta al periodo entre 1883 y 1889 en Alemania, en tiempos del canciller Bismarck, cuando se aprobaron leyes que institucionalizaron un sistema de protección que beneficiaría a ciertos trabajadores, pues se establecieron seguros obligatorios contributivos que cubrían enfermedades (1883), accidentes (1884), invalidez y vejez (1889) y eran financiados por el Estado, patrones y trabajadores ((Venturi, (1994) y Diputados (s/f)); posteriormente Inglaterra introdujo el seguro obligatorio de paro (1911).

aceptación de su participación en la Organización se realizó hasta el 12 de septiembre de 1931, una vez que México ingresó al Pacto de la Sociedad de Naciones⁹⁴, mediante una resolución de la Asamblea (SRE, s/f).

Estos eventos descritos, si no fueron determinantes, probablemente contribuyeron a que en 1925 se concretara la creación de la Dirección General de Pensiones Civiles (DGPC)⁹⁵ y el sistema de pensiones militares y, a que en 1929 se modificara por primera vez el artículo 123 de la Constitución Mexicana, particularmente la fracción XXIX, en la cual se suprime la atribución de las legislaturas locales para hacer leyes en materia de trabajo, y se agrega que se considera de “utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social”; además de que se incluye el seguro de enfermedades, quedando como sigue: *Considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social la que comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de enfermedades y accidentes y otras con fines análogos* (Gamboa, 2008 y Ordóñez, 2002). La expedición de esta ley fue el preámbulo para la creación de una institución pública de salud, sin embargo, esto no fue posible sino hasta 14 años después debido a desacuerdos sobre las aportaciones que harían cada una de las partes, es decir, empresarios, trabajadores y gobierno, así como a la debilidad económica del país por la crisis mundial y a la serie de nacionalizaciones (la industria del petróleo, los ferrocarriles y la electricidad) que se dieron en ese periodo intermedio (Brachet, 1996).

En conclusión, durante este amplio periodo se puede observar que los servicios de salud pasaron por una serie de transformaciones estructurales debido a diferentes eventos tales como la conquista española, la lucha por la independencia, la revolución; dándose, entre otras cosas, un

⁹⁴ Organismo internacional creado por el Tratado de Versalles, el 28 de junio de 1919, cuyo propósito era establecer las bases para la paz y la reorganización de las relaciones internacionales una vez que hubiera terminado la Primera Guerra Mundial.

⁹⁵ Otorgado a empleados públicos de la federación. En un principio sólo otorgaba pensiones por vejez, invalidez, muerte o retiro, posteriormente también se otorgaban préstamos a los trabajadores, pero no había prestación médica.

proceso de aculturación⁹⁶, no obstante, como libertad instrumental para la expansión de libertades básicas como la salud, era incipiente.

Esto, debido a que en dicha etapa de la historia del país, los servicios de salud se encontraban desarticulados, la presencia del Estado aún no era significativa mientras que la atención en instituciones de beneficencia y del sector privado médico, es decir, la profesión liberal de los médicos, eran las vías que existían para recibir atención médica. La relación entre médico y paciente se daba a través de la consulta personal y en muchos casos mediante un pago directamente del bolsillo por cada servicio prestado (Nigenda, et al, s/f), por lo que se podría decir que en esa época el acceso al cuidado de la salud estaba al alcance solamente de algunos implicando esto que existía una importante privación de libertades ante la ausencia de un sistema de protección de la salud. No obstante durante la mayor parte del periodo considerado predominó la medicina herbolaria, e incluso no ha desaparecido hasta en nuestros días, en la última parte de este periodo se dieron una serie de eventos que allanaron el camino para promover en el futuro, de una manera intensiva, el cuidado de la salud, lo que se traducirá en una mejora de las capacidades y libertades de los individuos. Entre estos eventos están los avances significativos en la medicina científica, la realización de una serie de cambios institucionales históricos, la realización de una serie de discusiones a nivel internacional sobre la seguridad social las cuales empezaron a causar efecto en las políticas sociales del país, además, se inicia la colaboración internacional en la salud, siendo México uno de los participantes.

3. Etapa II. Los servicios de la salud en el modelo de sustitución de importaciones: Gran impulso del Estado en el desarrollo de las libertades instrumentales

Dado que la Gran Depresión en 1929 demostró que las correcciones en las fluctuaciones de la economía no se darían en forma automática (Tello, 2007), el Estado comenzó a intervenir así

⁹⁶ Consiste en la incorporación de conceptos y prácticas desarrollados en una cultura dada por parte de otra diferente (Viesca, 2000).

como a planificar el desarrollo del país. Esto empezó a notarse desde principios de los años 30 cuando se anunció un aumento en los aranceles a las importaciones y se devaluó la moneda⁹⁷, como respuesta a las medidas proteccionistas aplicadas por los países desarrollados para tratar de solventar la crisis, así como para suavizar los efectos propios que esta crisis causaba al país, teniendo como consecuencia el encarecimiento de las importaciones por lo que la demanda de bienes de consumo e intermedios extranjeros por parte de nacionales se trasladó hacia lo producido localmente, estimulando el proceso de sustitución de importaciones (Moreno-Brid y Ros Bosch, 2010).

En esta época se diseñó en el país una política económica, conocida como el modelo de sustitución de importaciones, inspirada en el llamado régimen de acumulación fordista⁹⁸ de Estados Unidos, que se fundamenta en *una condición orgánica dinámica* que consiste en la articulación, por vías institucionales, de las esferas de la producción y del consumo, a través de la *producción en masa*⁹⁹ y la *norma de consumo fordista*¹⁰⁰; y que en México consistió en incrementos de la productividad y la creación o fortalecimiento de las instituciones, a través del colaboracionismo de clases y de un Estado promotor de la política social que bajo este contexto se podría llamar Estado del Bienestar, es decir se fundamentaba en la misma condición orgánica. El Estado del Bienestar constituía el establecimiento de una serie de reglamentaciones que globalizarían y homogenizarían las condiciones de vida de los trabajadores en el presente, a lo largo de toda su vida útil y después

⁹⁷ En 1930 se modificó la Ley aduanal, aumentando en 25% los aranceles en su equivalente en términos ad-valorem. El peso se devaluó y se dejó flotar: 2.26 pesos por dólar en 1930, 2.65 en 1931, 3.16 en 1932 y 3.50 en 1933 (Tello, 2007).

⁹⁸ Surge en Estados Unidos sustentado en un pacto social entre las clases, donde los empresarios reconocen a los trabajadores no solo como un costo de producción sino también como parte importante de la demanda. Este pacto se fundamenta en las ideas que aporta Keynes, a raíz de la crisis de 1929, con relación a la necesidad de la participación del Estado en la economía, pero se logra materializar hasta que se realizan una serie de reformas y se crean las instituciones del Estado del Bienestar después de la segunda guerra mundial. Este modelo adquirió un carácter universal al generalizarse al resto de los países desarrollados y subdesarrollados.

⁹⁹ Producción basada en los procesos ford-tayloristas que se realiza en serie donde los trabajadores se especializan en una tarea fija y repetitiva.

¹⁰⁰ Producto de las instituciones del Estado del Bienestar y la composición salarial: un componente directo y otro indirecto. El directo estaba vinculado a la inflación y la productividad; mientras que el indirecto tenía que ver con las prestaciones laborales.

de ella, es decir, durante la jubilación, permitiendo esto una “cierta” “estabilidad económica” para los trabajadores elemento necesario para la creación de la moneda-crédito, aspecto fundamental de la norma de consumo fordista. Este modelo vigorizó el mercado interno, permitió la industrialización, la urbanización y la modernización en el país (Gutiérrez Garza 2009, 2010 y 2011).

De esta forma, se inició en México una etapa de crecimiento sostenido y de transformación en las relaciones sociales que colocaron a la industrialización como el eje y motor principal de la economía, además de que se dio una mejora, lenta pero progresiva, de la distribución del ingreso entre la población.

Con el nuevo modelo económico, la participación del Estado se ve fortalecida por una gran cantidad de acciones realizadas para promover el desarrollo social, incluido el del sector de la salud, de tal forma que el gasto público en desarrollo social se comienza a ubicar por encima del destinado a la actividad militar (cuadro 7).

Cuadro 7. Distribución porcentual del gasto del gobierno federal, según tipo de actividad

Año	Económico	Social	Militar	Administrativo
1934	23.2	15.0	22.7	39.1
1940	34.1	19.7	19.7	26.5
1955	50.5	12.8	8.0	28.7
1970	41.8	22.3	4.9	31.0

Fuente: Tello, 2007.

No obstante no se cuentan con datos específicos para el sector de la salud, en 1934, el gobierno federal destinó un 15% del gasto federal a actividades relacionadas con infraestructura social (servicios educativos y de atención a la salud); mientras que el 22.7% se destinaba a gastos militares. Para 1970 las proporciones se invirtieron pues el gasto público social se incrementó a un

22.3% y la proporción destinada a gasto militar fue de solamente 4.9% (Tello, 2007), este último porcentaje, incluso, presentó un descenso constante a través del tiempo.

Asimismo, se realizaron una serie de cambios institucionales orientados específicamente a ampliar de una manera significativa la cobertura de los servicios de salud públicos.

El 18 de agosto de 1931 se expide la Ley Federal del Trabajo. En esta ley se hace extensivo el deber de asegurar el porvenir de los trabajadores y de sus familiares en materia de riesgos laborales y cobertura sanitaria. Asimismo, el 12 de septiembre de 1931 el país ingresa como miembro de la OIT, luego de integrarse al Pacto de la Sociedad de Naciones.

En 1934 (SS, s/f), al iniciar la presidencia de Lázaro Cárdenas, entra en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, que contempló la realización de convenios entre el Departamento de Salubridad y los Gobiernos de los Estados para crear los Servicios Coordinados de Salud Pública, órganos regionales de competencia coordinada y concurrente, con el fin de lograr la unificación técnica de los servicios.

El 1° de mayo de 1935 se suscribe el convenio de coordinación de las labores sanitarias entre la Federación y el estado de Nuevo León, con la aprobación del Congreso del Estado. La entidad fue dividida en 8 Circunscripciones Sanitarias, hoy llamadas Jurisdicciones Sanitarias, contando cada una de ellas con Centros de Higiene (NL, s/f).

En 1937, con la modificación de la Ley de Secretaría y Departamentos de Estado, se crea la Secretaría de Asistencia Pública. Esta secretaría tenía a su cargo la organización de la asistencia pública en todo el territorio nacional, la prestación de servicios coordinados y la creación de establecimientos de asistencia pública. Se le asigna, por lo tanto, la administración de los bienes que constituyen el patrimonio de la Beneficencia Pública, de la Lotería Nacional y de todos los fondos y productos destinados al sostenimiento de la misma; asimismo, la organización de la asistencia

privada y todas aquellas actividades, instituciones y servicios bajo la responsabilidad del Departamento de Asistencia Social Infantil (Yañez, 2000). Es decir, con la modificación de esta ley, se creó un organismo que se encargaría de procurar atención médica y alimentos para los niños y sectores marginados de la sociedad.

Asimismo, en 1939 nace el Instituto de Salubridad y de Enfermedades Tropicales¹⁰¹ (ISET), (Kretschmer, 2000).

De manera paralela a la inauguración del Hospital Infantil de México el 30 de abril de 1943, primero de una serie de unidades de atención especializadas que por su nivel de excelencia se convirtieron con el tiempo en institutos nacionales de salud (López, 2002), la federación adopta dos iniciativas: a) El 19 de enero de 1943 se decreta la Ley del Seguro Social¹⁰², que da origen al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual comienza a funcionar en 1944; y b) el 15 de octubre de ese mismo año se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), mediante la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad Pública, (Nigenda, et al (s/f) y Fajardo, et al (2002)). Ambas instituciones jugarían un papel complementario, pues el IMSS protegería a los trabajadores asalariados y sus familias; mientras que la SSA se encargaría de atender la salud de las personas que no tuvieran un trabajo formal o asalariado, siendo esto un punto nodal para el cambio en el funcionamiento de la atención de la salud en México y el inicio de un fuerte impulso en la generación de capacidades y libertades de la población en cuestión de salud.

¹⁰¹ El término de tropical proviene de algunos países colonizadores europeos que le daban a ciertas enfermedades infecciosas que había en sus colonias. Las naciones europeas buscaban conocerlas y controlarlas para facilitar el establecimiento de los colonizadores e incrementar su prestigio ante las poblaciones autóctonas al ver que podían resolver esas enfermedades milenarias, además de que se evitaba la importación de estos males a las metrópolis.

¹⁰² El primer programa de seguridad social importante fue adoptado en 1883 en Alemania, formando parte de la política de Bismarck. Estados Unidos lo hizo en 1935. En América Latina, Cuba, Ecuador y Perú lo instrumentaron casi al mismo tiempo que Estados Unidos, mientras que hubo países como Argentina, Brasil, Chile y Uruguay que lo adoptaron mucho antes (Malloy 1986).

El decreto de la Ley del Seguro Social -que dio origen al IMSS- fue producto de la reforma realizada en 1929 a la fracción XXIX del Artículo 123 Constitucional y de la expedición de la Ley Federal del Trabajo en 1931.

El IMSS fue creado siguiendo la política económica, para proteger a los trabajadores de la industria, e incluso, fue subsidiado por los no asegurados pues aunque las aportaciones eran realizadas por la empresa, el trabajador y el gobierno, las correspondientes al gobierno provenían de los impuestos de todos (Ordóñez, 2002). En términos económicos, la seguridad social representó uno de los principales pilares sobre los que se apoyó el Estado del Bienestar (Rosvallón, 1981) en el país, como parte del modelo fordista, pues era una de las instituciones que respaldaría la integración del salario indirecto¹⁰³ de los trabajadores, conocido también como el coste no laboral de la fuerza de trabajo, ya que los compromisos de pago de deudas de los trabajadores quedaban garantizados con los seguros por incapacidad, enfermedad, etcétera, cuando las personas estuvieran impedidas para trabajar (Gutiérrez Garza y González, 2010).

Con relación al cuidado de la salud propiamente, una cualidad que tenía este seguro es que durante todo este periodo de sustitución de importaciones no funcionó como tal pues el seguro social se encargaba de dar a las personas la atención médica que necesitaran, es decir, no había un límite de atención como funciona en los seguros comunes (Lakin, 2010), esto va a cambiar a partir de la década de los 80.

La afiliación de trabajadores al IMSS se inició en julio de 1943 en el DF, extendiéndose a Puebla en 1945; a Monterrey, Nuevo León, en agosto de ese mismo año; a Guadalajara, Jalisco, en abril de 1946; a Orizaba, Veracruz, en marzo de 1947 y a los municipios aledaños al DF en marzo de 1948. El IMSS cubrió tres ramas de seguro: seguro de accidentes de trabajo y enfermedades

¹⁰³ El cual regula el Estado y cuyo objetivo es crear una estructura de respaldo institucional que garantice la reproducción social y la adhesión del trabajador a la norma de consumo creada por el fordismo.

profesionales, para el cual el patrón aportaba 1.84% del salario pagado; seguro de enfermedades generales y maternidad, y seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte (Fajardo, et al 2002).

Por su parte, la SSA, creada para brindar una cobertura de salud a las personas no aseguradas, fue impulsada por el Estado de bienestar fordista, así como por la ola de cambio que se estaba dando en esa época en muchos países, ante el deterioro y desintegración social que se había provocado con la segunda guerra mundial, cambio que tuvo como base el Plan Beveridge, publicado en Inglaterra en 1942, que destacaba que el Estado tenía la responsabilidad de proveer a todos los ciudadanos, sin importar su capacidad contributiva, un “mínimo nacional” de ingresos y servicios que les permitiera enfrentar los riesgos de la vida y mejorar sus condiciones de subsistencia (Ordóñez, 2002; Diputados, s/f; Foucault, 1974).

El plan Beveridge consideraba, entre otras cosas, la integración de un sistema de seguridad social unitario con capacidad para proteger contra enfermedades, desempleo, vejez, maternidad y viudez; y la creación del servicio nacional de salud que ofreciera atención médica gratuita con cobertura universal; la formación de un sistema de asistencia nacional; subsidios familiares universales y la adopción del objetivo del pleno empleo como política de Estado (Robertson, 1992). Estas medidas fueron aprobadas entre 1945 y 1948 en Inglaterra, constituyéndose de esta forma el Estado de bienestar inglés. Con este plan la salud se transforma en objeto de preocupación de los Estados, es decir, el derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud se convierte en objeto de la propia acción del Estado (Foucault, 1974).

Esta preocupación a nivel mundial sobre los graves daños causados a la humanidad durante las dos guerras mundiales y las consecuencias posteriores llevaron, además, a que el 10 de diciembre de 1948 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) aprobara la Declaración Universal de los Derechos Humanos en la cual se incluyó, entre otros, la seguridad social (que es

parte de esta ideología del Estado del Bienestar) como parte de los derechos y libertades que debe gozar todo ser humano. En su artículo 22 se establece (ONU, 1948):

“Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”.

Asimismo, en la fracción primera del artículo 25 de la misma declaración se señala:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

Por lo que se puede señalar que era del interés mundial la búsqueda de medidas para lograr eliminar la privación de las libertades básicas del ser humano para que de esta forma la población pudiera vivir una vida digna.

De esta manera, la política social emanada de la Constitución Mexicana de 1917 logró su desenlace natural en el desarrollo de instituciones públicas de protección social. Los servicios de salud públicos, a través del IMSS y de la SSA, junto con las acciones que se dieron en el área educativa, en la de beneficencia pública, entre otras, fueron parte de los esfuerzos que realizaría el gobierno para lograr un Estado de Bienestar que hiciera un país más incluyente, además de que estos representaron un grupo de medios o instrumentos del tipo de oportunidades sociales o de seguridad protectora, que en la medida que las personas tuvieran acceso a ellos ampliarían sus capacidades otorgándoles una mayor libertad para ser o hacer lo que valoran.

No obstante, esto fue posible gracias también a que en estos años la tecnología médica experimentaba enormes progresos pues, se descubrieron los antibióticos, es decir, ahora existía la posibilidad de luchar eficazmente contra las enfermedades infecciosas (Foucault, 1974). Inicialmente, la producción de la penicilina estaba orientada a satisfacer las necesidades de los soldados que combatían en la segunda guerra mundial, pero después ya estaba disponible comercialmente para el público en general. El descubrimiento de los antibióticos¹⁰⁴, junto con la anestesia, su técnica de aplicación, la asepsia y los rayos x, estos últimos desarrollados a finales del siglo XIX, revolucionaron la sanidad desde mediados del siglo XX.

La trascendencia de estos eventos fue tal que de 1940 a 1950 la esperanza de vida al nacer en Nuevo León pasó de 49.3 años a 58.9, es decir, en sólo una década se elevó 9.6 años, el incremento más significativo dentro del periodo que va de 1940 al 2010 (INEGI, s/f). A nivel nacional, el aumento más alto en la esperanza de vida al nacer, desde 1895 hasta el año 2010, fue el registrado en la década de entre 1950 y 1960, de 9.2 años, al pasar de 49.7 años a 58.9, no obstante, en el periodo previo -de 1940 a 1950- se registró el segundo aumento más importante en la esperanza de vida, de 8.2 años, al pasar de 41.5 años a 49.7 (INEGI, 2010); por lo que podría considerarse que durante ese periodo todos estos eventos contribuyeron a que se diera una ampliación de la libertad básica de la salud en la sociedad mexicana, es decir, un mayor desarrollo de las libertades de las personas, aunque no para todos.

Es aquí donde la salud, es decir, el conjunto de las condiciones necesarias para asegurar la salud de los individuos, se convierte en un gasto a nivel de las grandes partidas del presupuesto de los gobiernos, es decir, la salud comienza a ser figura en los cálculos de la macroeconomía, además de que empieza a ser vista como una forma de redistribución económica al buscar garantizar a todas

¹⁰⁴ Aunque la penicilina fue descubierta en 1897 por Ernest Duchesen, esta no recibió la atención científica que merecía. Fue hasta que Alexander Fleming publicó en 1929 los resultados de un trabajo de cultivo de bacterias que fue contaminado por el hongo *penicillium*, no obstante, el antibiótico despertó el interés de los investigadores hasta la segunda guerra mundial cuando se logró producirlo en grandes cantidades para satisfacer la demanda para curar a los soldados en batalla, para 1945 la penicilina se vendía comercialmente.

las personas la posibilidad de recibir atención médica y aparece una autoridad médica, una autoridad social que toma decisiones a nivel de ciudad, de barrios, una institución, un reglamento, una medicina de Estado (Foucault, 1974 y Frenk, et al; 1994).

A partir de esta época, se da una clara diferenciación entre los sectores público y privado en salud en el país caracterizándose el primero de ellos por ser el regulador del sistema de salud, las instituciones se financian a través de fondos federales, estatales o locales provenientes de impuestos y, además, existe una red de unidades de atención en instituciones públicas y de seguridad social. El segundo de ellos porque el financiamiento se da a través del pago directo o de bolsillo por servicios prestados, así como, mediante mecanismos establecidos por las aseguradoras privadas, además de que las unidades de atención generalmente no están articuladas entre sí (Nigenda, et al (s/f).

Además, el fin de la segunda guerra mundial, dejó devastada a Europa, por lo que, en cuestión de salud, México dejó de mirar hacia Europa para voltear a Estados Unidos, país que no había salido dañado durante la lucha y que estaba teniendo muy buenos resultados en la relación de equilibrio entre atención, enseñanza e investigación básica y clínica, generándose un fuerte avance en la ciencia biomédica, desde la microbiología, bioquímica, genética, neurociencias, inmunología, biología celular y molecular, entre otras (Kretschmer, 2000).

Asimismo, se abrió el espectro de intervención de la medicina, pues ya no solo estaba limitado a curar enfermedades sino también se convirtieron en objeto de la medicina el aire, el agua, las construcciones, los terrenos, los desagües, incluso las contrataciones laborales, etc. (Foucault, 1974), pues se encontró que la salud y la enfermedad resultan de una interacción compleja de aspectos como las condiciones geográficas, culturales, políticas y económicas que caracterizan a cada sociedad (Sepúlveda y López, 2000).

Lo anterior también se puede observar en la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo de la ONU creado en 1946 en Nueva York luego de la segunda guerra mundial, que definió la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1946 y Quijano, 2000) elevando, al mismo tiempo, la salud a un derecho fundamental y un objetivo social de la población donde está inmersa la solidaridad social, la potenciación de las capacidades humanas y los entornos en donde se despliegan.

Asimismo, la constitución de la OMS de 1946 y la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de la ONU, en 1948, fueron los primeros documentos donde se dejaba plasmado que el derecho a la salud debía tener un carácter universal.

La medicina dejó paulatinamente de ser una profesión liberal, pues su principal objeto ya no era el individuo, ahora es la colectividad. Su meta fundamental ya no fue curar, sino lograr la salud de todos los seres vivos, humanos, plantas y animales que sostienen el sistema (Quijano, 2000), por lo que el papel del médico se modificó de manera radical al dejar de ser el actor principal en los conceptos salud-enfermedad, así como su papel de tipo curativo, pues ahora existen otros determinantes en la salud como el aspecto psicológico, la esfera mental, las aspectos que alteran la estructura social y el hábitat de las personas (Benítez y Aréchiga, 2000). Además, pierde la propiedad de los medios de producción y el control sobre el producto de su trabajo (Fernández, 2000), al pasar a ser una persona asalariada.

Asimismo, con la seguridad social y los servicios de salud públicos, gran parte de los cuidados de salud que se realizaban en base a medicina casera y con significativa participación de la mujer en el ámbito doméstico, fueron trasladados a una órbita institucional y se ampliaron las oportunidades de empleo para las mujeres en la enfermería (Passos, 1991).

Los cambios dentro del país en torno a los servicios de salud continuaban dándose. En 1947 se publicó la Ley de Secretarías y Departamentos, la cual otorgó a la SSA facultades para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud, la asistencia y la beneficencia pública (SS, s/f).

En 1954 se creó la Comisión Nacional de Hospitales. Por decreto se encomendó, a la SSA la tarea de orientar los programas de construcción y organización de unidades hospitalarias y se declaró de interés y beneficio social la campaña para erradicar el paludismo. En 1955 se crea el Instituto Nacional de Bienestar de la Infancia, además de que se hizo obligatorio el aseguramiento de los empleados de las instituciones de crédito y organizaciones auxiliares de seguros y de fianzas en el país (Carrillo, 1991).

Para la década de los 50 las ciencias biomédicas básicas, así como la tecnología que promueve la instrumentación diagnóstica y terapéutica, iniciaron un avance sorprendente que permitió y sigue permitiendo un acelerado progreso en la comprensión del organismo humano, de los factores generadores de enfermedades, de la capacidad de estudio y evaluación de los enfermos y de la posibilidad de actuar con medidas preventivas, curativas o rehabilitatorias (Quijano, 2000), lo que impulsó aún más el crecimiento del sector salud.

En la parte final de la década de los cincuenta, principios de los sesenta, se establecen directrices destinadas a utilizar la salud como uno de los recursos para el desarrollo de México, basándose en el mejoramiento de las condiciones de vida de todos sus habitantes, por lo tanto, la salud pública pasa a ser un elemento activo de progreso, un medio de superación y conservación de la salud y un factor del desarrollo (Yañez, 2000), por lo que en 1959 se modificaron 26 artículos de la Ley de Seguro Social, lo que permitió asegurar a trabajadores agrícolas, pues antes solo se atendía a trabajadores asalariados urbanos. Además, el 31 de diciembre de ese mismo año se publicó en el Diario Oficial la ley que permitía la creación del Instituto de Seguridad Social para los

Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE)¹⁰⁵, un organismo descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, sustituyendo al anterior sistema DGPC (Fajardo, et al 2002), y en 1961 se promulga la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM); se crea el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI); se consolidan los servicios de seguridad social de Petróleos Mexicanos y al mismo tiempo continúan creciendo los servicios médicos privados (López, 2002), ampliándose de esta forma la seguridad social a otros segmentos de la población ocupada y a la vez fortaleciéndose aún más el Estado del Bienestar en el país y la ampliación de las capacidades y libertades de los individuos.

La concepción de la salud que se impulsaría en la segunda mitad de la década de los sesenta en México, estaría enfocada con una visión de equilibrio biológico que permitiría al individuo gozar de mayor protección y el logro del más alto bienestar personal y colectivo, de forma equitativa y con expresión de justicia social (Bustamante, 1982). Para llevar a cabo esto, durante este periodo se incrementaría la construcción de clínicas y hospitales, por ejemplo, en 1968 se creó el Instituto Mexicano de Atención a la Niñez, con el objetivo de que la acción sanitaria y asistencial se encauzara hacia el objetivo de proporcionar los beneficios de la salud a todos los mexicanos sin distinción y los de asistencia a los grupos poblacionales con mayores carencias.

Sin embargo, a pesar de las grandes mejoras observadas tanto en lo económico como en lo social, estas no se dieron para todos. Este es el caso también en áreas particulares, como los servicios de salud.

Para principios de la década de los 70 el sector de la salud ya había crecido de manera muy importante, no obstante, las desigualdades en el acceso a la salud se acentuaron pues la mayoría de estos beneficios eran recibidos por la población urbana, quedando al margen la población rural;

¹⁰⁵ Los seguros del ISSSTE cubrían accidentes y enfermedades profesionales y no profesionales, maternidad, jubilación, invalidez, vejez y muerte; así como atención médica a familiares y crédito a la vivienda (Ordóñez, 2002).

además, la práctica médica se hizo muy cara y predominantemente curativa (Ordóñez, 2002 y Quijano, 2000), de tal forma que no se estaba dando una mejora en el desarrollo humano de manera equitativa.

Lo anterior es paradójico si se piensa en que un elemento muy importante para el funcionamiento del modelo de sustitución de importaciones era el sector agropecuario, pues asumió funciones tan importantes como la producción de los alimentos necesarios para la población del país y para la agroindustria; el suministro de mano de obra para la industria, así como la generación de divisas para importar la tecnología necesaria para la producción interna (Gutiérrez Garza, 2011), sin recibir lo necesario para auto sostenerse, entre esto el cuidado de la salud, implicando esto que la ampliación de las capacidades y libertades no se daban al mismo paso en el campo y la ciudad.

Ante este aumento de la desigualdad en el acceso de la salud entre la gente del campo y la ciudad, el gobierno comienza a aplicar una serie de medidas orientadas a ampliar la cobertura de salud y con ello la ampliación de capacidades y libertades de los individuos, aumentando el acceso a la salud para las personas de las zonas rurales, lo cual representaba no solo la disminución de las enfermedades evitables sino también la posibilidad de elevar su nivel y calidad de vida.

El 3 de diciembre de 1973 se promovió una reforma integral a la Ley del Seguro Social, la cual proponía extender “los beneficios del régimen obligatorio, que en la ley de 1943 comprendió básicamente a los trabajadores asalariados, a otros grupos no protegidos.... con el objeto de incorporar paulatinamente a todos los mexicanos económicamente activos” (Carrillo, 1991:1621). Esta nueva ley incluyó como población asegurable en modalidad obligatoria a “las personas que se encuentran vinculadas a otras por una relación de trabajo, cualquiera que sea el acto que le dé origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón; los miembros de sociedades cooperativas de producción y de administraciones obreras o mixtas; los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados en grupo solidario, sociedad

local o unión de crédito, comprendidos en la Ley de Crédito Agrícola; los trabajadores en industrias familiares y los independientes, como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados y los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio” (Carrillo, 1991:1622-23).

Asimismo, se incorporó a la Ley del Seguro Social el concepto de solidaridad (Fajardo y Sánchez, 2005). En el artículo 232 se señala que los servicios sociales de beneficio colectivo están comprendidos por prestaciones sociales y servicios de solidaridad social; donde, de acuerdo al artículo 233 el primer tipo de prestaciones tiene la finalidad de fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población, mientras que en los artículos del 236 al 239 se señala que los servicios de solidaridad social comprenden asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria, que el Instituto organizará, establecerá y operará unidades médicas destinadas a estos servicios, los que serán proporcionados exclusivamente en favor de los núcleos de población que constituyan polos de profunda marginación rural, sub-urbana y urbana, y que estos servicios serán financiados por la Federación, el IMSS y por los propios beneficiados quienes contribuirán con aportaciones en efectivo o con la realización de trabajos personales de beneficio para las comunidades en que habiten (DOF, 1973).

Estas reconsideraciones en el estatuto jurídico del IMSS, además de abrir la posibilidad del acceso a la prestación de servicios médicos a la población más pobre del medio rural, condujeron al reconocimiento del derecho universal a su protección (Ordóñez, 2002), así como de un desarrollo humano con mayor equitativo.

Asimismo, en 1974, se aprueba una nueva modificación al artículo 123, fracción XXIX de la Constitución Mexicana quedando como sigue: “Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de

enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares” (Gamboa, 2008:39). Plasmándose de esta manera en la ley laboral el derecho de todos los individuos, asalariados o no, y sus familias a recibir los beneficios de la seguridad social.

Paralelo a estos hechos, también se llevaron a cabo modificaciones en las instituciones educativas para lograr la ampliación de la cobertura de salud. En las universidades se regresó a la medicina general y a la medicina familiar, por ejemplo, en la Facultad de Medicina de la UNAM, se creó el Plan A-36 para la licenciatura, el cual incluía, entre otras cosas, enseñanza principalmente práctica. Se disminuyó la exigencia en materias básicas, se insistió en las enfermedades comunes o graves y no en las raras, en la realización de prácticas clínicas en centros de salud y no en hospitales de segundo y tercer nivel¹⁰⁶, en establecer tutoriales sencillos maestro-alumno y en destacar la importancia de las disciplinas sociomédicas (como medicina preventiva y medicina del trabajo) y epidemiológicas, la higiene, la administración de la salud y la psicología social, así como la introducción de métodos activos de enseñanza y aprendizaje (Quijano, 2000). Enfoque que más tarde fue adoptado por otras universidades, como la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), aunque con ciertas modificaciones.

Algo importante de destacar en este tema es que en la década de 1971 a 1980 se fundaron 29 escuelas más de medicina en el país, es decir, en una década las escuelas de medicina crecieron más de un 100% de las que se habían fundado en los cuatro siglos anteriores; pues desde 1575 cuando se inauguró la cátedra prima de medicina hasta 1900 se crearon solamente 9 escuelas; de 1901 hasta 1950 se agregaron 8 más; de 1951 a 1960 se sumaron 5 escuelas más; y de 1961 a 1970 otras 5 escuelas más (Aguilar, 2000), es decir, para 1980 existían en total 56 escuelas de medicina (44 públicas y 15 privadas que atendían al 87.5% y 12.5% de la población estudiantil,

¹⁰⁶ Los hospitales de segundo nivel son los conocidos como hospitales generales; mientras que los de tercer nivel son los hospitales de especialidades.

respectivamente). El fuerte crecimiento de la población estudiantil (al pasar de 28 mil 731 alumnos en 1970 a 93 mil 365 en 1980) ocasionó la necesidad de cambiar el modelo de enseñanza de medicina pues los hospitales universitarios ya no eran suficientes, firmándose de esta manera convenios entre las instituciones del sector salud y las universidades y surgiendo un nuevo modelo que es el docente asistencial, donde existe una responsabilidad compartida para la formación de los médicos que se requerían en el país.

Asimismo, en 1977, con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, se estableció el Sector Salud, entendido como el agrupamiento administrativo de entidades paraestatales bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para asegurar la coordinación operativa y el control de las entidades que actuaron en el campo de la salud (SS, s/f). En ese mismo año, se creó el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), resultado de la fusión de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN) y del Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPIF) (Fajardo y Sánchez, 2005).

Mientras que en 1978 se estableció la coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, el ISSSTE y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM), (Fajardo, et al, 2002); así mismo, se instituyó la Comisión Intersecretarial de Saneamiento Ambiental, para apoyar la coordinación de las acciones que en materia de mejoramiento del ambiente llevaban a cabo las distintas dependencias y entidades competentes (SS, s/f).

Para atender a los sectores más desfavorecidos la política social del Estado del bienestar mexicano, durante el sexenio 1976-1982, se creó la Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, para coordinar la planeación del sector salud. En 1979 se hizo el convenio IMSS-COPLAMAR en el que se establecía que el IMSS llevaría a cabo un programa de atención médica dirigido a 10 millones de mexicanos que vivían en zonas marginadas, en conjunto con la Coordinación General

del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos marginados (COPLAMAR)¹⁰⁷. Para esto se programó construir una red de 2000 unidades médicas y 52 clínicas de campo que se ubicaría en el medio rural, en zonas indígenas remotas y aisladas, y áreas urbanas marginadas con la idea de atender a todos los habitantes del país. El programa no incluía prestaciones de seguridad social de ningún tipo, sólo atención médico-farmacéutica, cirugía y hospitalización, y los beneficiarios de los servicios y medicamentos ofrecidos aportaban a cambio jornadas de trabajo y la participación en actividades destinadas a mejorar el nivel sanitario, social, cultural y económico de los núcleos de población asignados (Fajardo, et al 2002 y Tello, 2007). Este programa también se implanta en Nuevo León y se instalan Centros de Salud Comunitarios, operando estas Unidades en Monterrey y su Área Metropolitana (NL, s/f).

A parte de la Ley del Seguro Social, el programa de IMSS-COPLAMAR recibió sustento de la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS) (López y Blanco 2001), la cual surgió debido a que la necesidad de un cambio en el paradigma del cuidado de la salud fue ganando adeptos a nivel mundial, por lo que la OMS convocó a una reunión internacional en Alma-Ata (de la entonces Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS)), en 1978, llamada Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, “Salud para Todos”, que hizo un llamado urgente a la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo (Alma-Ata, 1978), aunque su meta establecida para el 2000 tuvo que prorrogarse.

En la declaración de la conferencia se reiteró que la salud es un derecho humano fundamental, que es un objetivo social en todo el mundo y para alcanzarlo requiere la intervención, a parte del sector de la salud, de otros sectores económicos y sociales. Es en este documento donde

¹⁰⁷ En 1977 se publica en el Diario Oficial el acuerdo que creó COPLAMAR, como dependencia directa del Ejecutivo. Se dispuso que el coordinador general presidiera los consejos y juntas de las dependencias que en distinto momentos se crearon para atender los problemas derivados de la marginalidad social y el atraso económico. Prácticamente la totalidad de estas entidades operaban y estaban relacionadas con la población indígena. Entre los programas sectoriales que se realizaban destacaba el suscrito con el IMSS en 1979, IMSS-COPLAMAR (Tello, 2007).

se establece que “...uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial en el curso de los próximos decenios debe ser que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención de salud primaria es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social” (Alma-Ata, 1978:1-2).

En la declaración se señala que *la atención de salud primaria* comprende, cuando menos, las actividades de: “*educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales*”.

Asimismo, se indica que *la atención de salud primaria* constituye “la función central y el núcleo principal” del sistema nacional de salud y del desarrollo social y económico global de la comunidad. Además, hace un llamado para que los países y los diferentes organismos internacionales sociales y financieros promuevan la atención primaria de salud y dediquen mayor apoyo técnico y financiero especialmente a los países en desarrollo.

Por otra parte, a la par que estos hechos sucedían, para finales de la década de los sesentas ya se realizaban discusiones en amplios sectores de la sociedad sobre la necesidad de sentar las bases para emigrar hacia la etapa de la sustitución integral de importaciones, que sería la última etapa del modelo de sustitución de importaciones, con la finalidad de ser nosotros mismos los que nos encargáramos de diseñar y producir los bienes de capital necesarios para la producción interna, pues ya se había transitado por la etapa de “sustitución fácil” de productos relacionados con la canasta básica y por la etapa de “sustitución compleja” de productos electrodomésticos y del automóvil, pero se seguían importando los bienes de capital (Gutiérrez Garza, 2011). Era necesario transitar hacia la producción de tecnología y demás bienes de capital para acabar con la

dependencia tecnológica que existía con el exterior así como para diversificar las exportaciones que para entonces básicamente eran agropecuarias y por lo tanto era el principal sector generador de las divisas necesarias para la industria (Gutiérrez Garza, 2009), para pasar de esta forma de un modelo primario exportador a uno secundario exportador.

Es a principios de la década de los 70 cuando se comienzan a dar los primeros pasos para avanzar a la siguiente etapa del modelo aplicando políticas en los diferentes sectores económicos, por ejemplo, se fomentó la inversión pública en el sector agropecuario y se intensificó la política de crédito; se propició una política de diversificación de exportaciones impulsando las de manufacturas; asimismo se crearon una serie de instituciones que ayudaran a que estas políticas tuvieran éxito. Sin embargo, con el descubrimiento en 1975 de los yacimientos petrolíferos de Cantarell, Campeche, se decide primero, a través de deuda, desarrollar la industria petrolera para obtener recursos financieros y, posteriormente, avanzar en el proyecto de modernización del campo, la manufactura, etcétera para así transitar al modelo secundario exportador. Sin embargo, al mismo tiempo que se llevaban a cabo todas estas políticas, durante esta misma década surgen una serie de eventos a nivel nacional e internacional que marcarán el fin de este modelo económico y el inicio de uno nuevo, teniendo consecuencias muy importantes en la organización y funcionamiento de los servicios de salud en el país.

Hacia la crisis del régimen de acumulación fordista y el agotamiento del modelo de sustitución de importaciones

En 1973 sube fuertemente el precio internacional del petróleo (Soros, 2008) y se da el desmoronamiento del sistema de paridades de Bretton Woods (Tokman, 2004). La modificación del sistema cambiario mundial, junto con el fuerte incremento de los ingresos en dólares por las ventas petroleras propició, entre otras cosas, que los bancos de los principales centros financieros entraran en el reciclaje de petrodólares¹⁰⁸, tomara mayor fuerza el mercado de eurodólares¹⁰⁹ y empezara el

¹⁰⁸ Dólares obtenidos por la venta de petróleo.

auge de los préstamos internacionales, de tal forma que hubo una explosión del crédito internacional entre 1973 y 1979 (Soros, 2008), al que México y muchos otros países tuvieron acceso.

Producto de la elevación del precio del crudo, Estados Unidos, al igual que el resto de los países importadores de petróleo, se encontraba en medio de una estanflación, una combinación de inflación creciente y alto desempleo (Soros, 2008) que, junto con la aparición de indicadores como el decrecimiento de la productividad (ocasionado por la falta de innovación tecnológica, el surgimiento de la automatización de la producción en Japón y la saturación de los mercados internos (Gutiérrez Garza, 2011)), ocasionaron que el modelo fordista así como las instituciones del Estado del Bienestar entraran en crisis (Ramírez, 2001). Esto, se tradujo en una crisis mundial debido a que dos de los principales factores que regulaban el régimen de acumulación fordista dejaron de funcionar de manera sincronizada en los países desarrollados: el dinamismo del mercado interno y el sistema de fondos de pensión, lo que se tradujo en un debilitamiento de la norma de consumo fordista, eje sobre el que se articulaba el fordismo (Gutiérrez Garza, 2003 y 2009; y Gutiérrez Garza y González, 2010).

La crisis del fordismo originó el cuestionamiento del pensamiento keynesiano, sobre el cual descansaba este régimen, y en su lugar surgió el paradigma neoliberal como una opción de política económica en los países desarrollados.

En 1979 se da un segundo shock petrolero reforzando las presiones inflacionistas en Estados Unidos, por lo que la Reserva Federal (FED) permite, contrariamente a lo que antes sucedía, que las tasas de interés de los fondos federales fluctúen libremente, llegando éstas a subir a niveles no previstos. Esta modificación en la política monetaria estadounidense anunció el cambio

¹⁰⁹ Se refiere a los dólares americanos adquiridos y negociados por un banco cuya residencia está fuera de Estados Unidos (<http://economia48.com>)

de modelo económico de ese país hacia el neoliberal¹¹⁰, el cual gira en torno a las leyes del mercado (Guillén, 1986), e inmediatamente tuvo impacto en la economía interna y en la externa. Con relación a la economía interna, ocasionó un desplazamiento de capitales del exterior hacia Estados Unidos, debido al aumento del rendimiento, los cuales fueron utilizados en la reconversión industrial para salir de la crisis del fordismo así como para la creación de nuevos instrumentos financieros para evitar la crisis del sistema de pensiones (Gutiérrez Garza, 2009), lo que llevó a una nueva transición socioproductiva al decaer el sistema ford-taylorista estadounidense y emerger el sistema ohonista automatizado japonés; mientras que en el exterior, tuvo consecuencias devastadoras en las economías subdesarrolladas ya que no solo les implicó salida de recursos financieros sino que elevó los intereses de la deuda que estas naciones habían contraído en el exterior, problema que se agravó para México porque se combinó con una fuerte caída del precio de petróleo (las exportaciones mexicanas de petróleo pasaron del 1% del total en 1970 al 58% en 1980 y al 72.5% en 1981, transformándose prácticamente en un país monoexportador (Gutiérrez Garza, 2009). Estos eventos redujeron de manera significativa la entrada de divisas al país, ocasionando que la nación entrara en una situación de imposibilidad de pago de su deuda externa, pública y privada convirtiéndose en el detonador de la mayor crisis en la región desde 1929 (Rendón y Salas, 2000); la gravedad de la situación y la emergencia del pensamiento conservador en Estados Unidos impuso mediante las políticas del Fondo Monetario Internacional (FMI) que México diera un giro de 180 grados en modelo económico, adoptando el neoliberal.

En conclusión, durante este periodo, que hemos denominado de sustitución de importaciones, el sector de la salud experimentó un fuerte crecimiento y un cambio estructural en el país, pasando de ser un sector desarticulado a un sector segmentado en: sector público (la seguridad

¹¹⁰ En esta época, las naciones desarrolladas comienzan a dejar a un lado el modelo del Estado del Bienestar para tomar el modelo neoliberal: Inglaterra en 1979, Estados Unidos en 1980, Alemania en 1982, Dinamarca en 1983, así como los países latinoamericanos (Ramírez, 2001), estos últimos obligados por los organismos financieros internacionales.

social y la asistencia a población no asegurada, caracterizado por ser un sistema articulado) y sector privado (las diferentes unidades médicas se encuentran desarticuladas). Además, el surgimiento de los servicios de salud públicos tuvo diferentes causas, entre ellas, el derecho constitucional, diferentes fenómenos internacionales y el cambio de visión acerca del concepto de salud, pues deja de ser algo que cada uno debe cuidar para pasar a ser algo que el Estado debe otorgar a la población para de esta manera lograr una sociedad más incluyente.

Estas transformaciones que se dieron en la prestación de servicios de la salud, ocasionaron también un cambio en la profesión del médico al dejar de ser liberal para pasar a ser colectivo, asimismo se da un fuerte crecimiento del empleo de la mujer en el sector, especialmente a través de la enfermería.

También es importante señalar que con el crecimiento de los servicios de salud públicos, oportunidades que son medios o instrumentos para la ampliación de las libertades básicas de las personas, contribuyó a la mejora de la calidad de vida como lo muestran las estadísticas de la esperanza de vida al nacer, por lo que se puede señalar que la participación del Estado fue muy importante para la generación de los instrumentos que facilitarían la ampliación de la libertad en salud, no obstante, no se logró una cobertura completa.

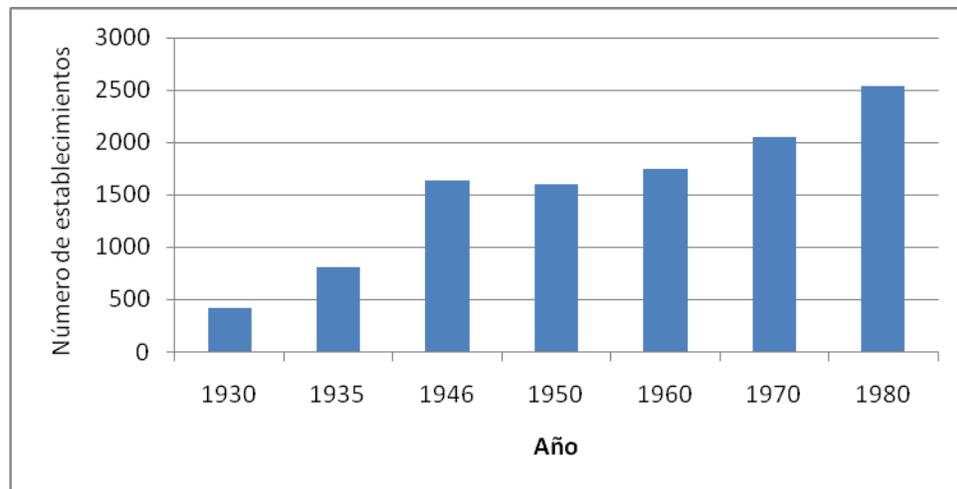
Sin embargo, las diferentes crisis que se presentan durante la última década del periodo hacen que surjan en los países desarrollados inquietudes sobre la necesidad de un cambio de modelo económico más orientado al mercado, lo cual se realiza en la siguiente década incluyendo en países en desarrollo como México, afectando de manera significativa el sistema de salud que hasta ahora funcionaba en el país.

A continuación se presentan algunas estadísticas del sector de la salud para este periodo revisado, no obstante, es importante señalar que la información que se presenta corresponde prácticamente a los últimos años del periodo considerado debido a la ausencia de información estadística para años más atrás.

Evolución de las libertades instrumentales en salud. Algunas estadísticas del sector: 1930-1980

Aunque para 1930 las estadísticas sobre el sector de la salud en el país eran muy pocas, de acuerdo al V Censo General de Habitantes, en ese año había en el país 14 mil 696 personas dedicadas a la medicina y al arte de curar, es decir, aproximadamente 89 por cada 100 mil habitantes. Con relación a los establecimientos de asistencia social, en 1930 había solamente 418, duplicándose a 803 cinco años después, lo que coincide con el inicio de la etapa de sustitución de importaciones y el aumento en el gasto social de esa época (Gráfica 14).

Gráfica 14. Establecimientos de asistencia social con fines curativos, México 1930-1980



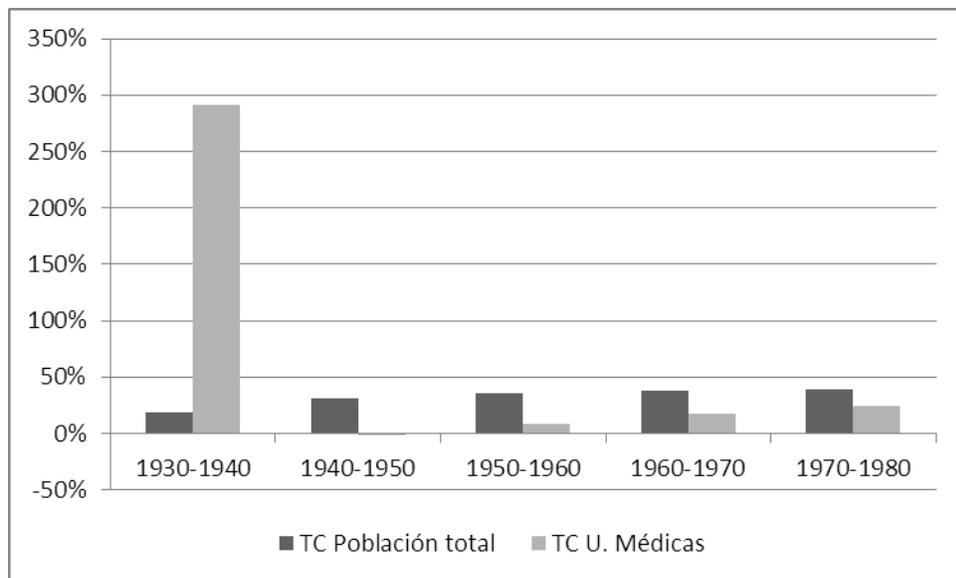
Fuente: INEGI. Anuarios Estadísticos de los Estados Unidos Mexicanos de los años 1930, 1946-1950, 1960-1961, 1970-1971 y 1982.

Vale la pena destacar el fuerte crecimiento observado entre 1935 y 1946, cuando el número de establecimientos de asistencia social pasaron a ser 1,636, el doble de los que existían en 1935, lo

que coincide con la publicación de los decretos de la Ley del Seguro Social y de la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia realizados en 1943, normativas que daban soporte a la creación de un Estado del Bienestar. Asimismo, en 1970 también se da un fuerte incremento, al pasar de 1,741 establecimientos en 1960 a 2,043 en 1970 y a 2,540 en 1980 esto, producto de la ampliación de los esfuerzos por dar cobertura de salud a la población no asegurada a través de las instituciones de asistencia social.

No obstante, si se comparan las tasas de crecimiento de los establecimientos de asistencia social con las de la población total del país, se observa que, a excepción del periodo 1930-1940 donde la tasa de crecimiento de los establecimientos fue mayor que el de la población, en el resto de los años la tasa de crecimiento de la población fue mayor que la de las unidades médicas disminuyendo esta diferencia en las década más recientes (Gráfica 15).

Gráfica 15. Tasas de crecimiento de la población total y de los establecimientos de asistencia social, México 1930-1980



Fuente: Anuarios estadísticos de los Estados Unidos Mexicanos de los años 1930, 1946-1950, 1960-1961, 70-71 y 1982 (INEGI).

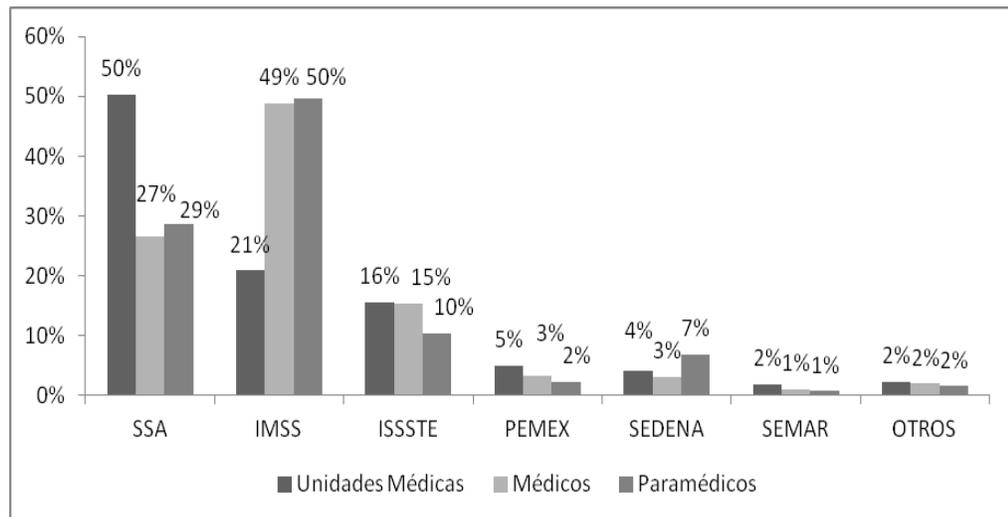
Con relación a la seguridad social, el número de unidades médicas creció de manera muy importante entre 1960 y 1970 al pasar de 699 a 2,025, de tal forma que para este último año había una cantidad similar de clínicas y hospitales que atendían a la población asegurada y a la población abierta o no asegurada, evidenciándose de esta manera el gran esfuerzo realizado durante este periodo por llevar la atención médica a la mayor cantidad de personas posible, lo que se tradujo en una ampliación de las capacidades y libertades de las personas. Para 1980 las unidades médicas de la seguridad social ya eran 2,893. En cuanto al número de asegurados, en 1944, cuando inicia operaciones el IMSS se aseguran a 355 mil 527 personas, aumentando a 1.1 millón de asegurados para 1950 y hasta 30.7 millones para 1980 (INEGI, 2009) época en que se agota este modelo económico y cuando, a parte del IMSS, ya existía el ISSSTE, y la seguridad social en diferentes dependencias de gobierno como PEMEX, Ferrocarriles Nacionales de México, entre otros.

Considerando únicamente el año de 1970, en el país había (INEGI, 2010): 4 mil 92 unidades médicas, 40 mil 191 camas censables; 23 mil 2 médicos, 38 mil 091 paramédicos¹¹¹, 9 millones 895 mil 629 personas asegurada y se realizaron 65 millones de consultas externas (INEGI, 2010), sugiriendo esto que por cada 100 mil asegurados había en promedio 41 unidades médicas, 232 médicos y 385 paramédicos. Además, en promedio cada médico realizaba 12 consultas diarias.

Sin embargo, la mayor parte de la infraestructura pertenecía a la SSA, seguida del IMSS, el ISSSTE, PEMEX, etcétera; mientras que en el caso de los recursos humanos, los médicos se concentraban principalmente en IMSS, después en la SSA, el ISSSTE, SEDENA y el resto de las instituciones (gráfica 16).

¹¹¹ Comprende enfermeras (auxiliares, generales, especialistas y otras), personal en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y otro personal paramédico.

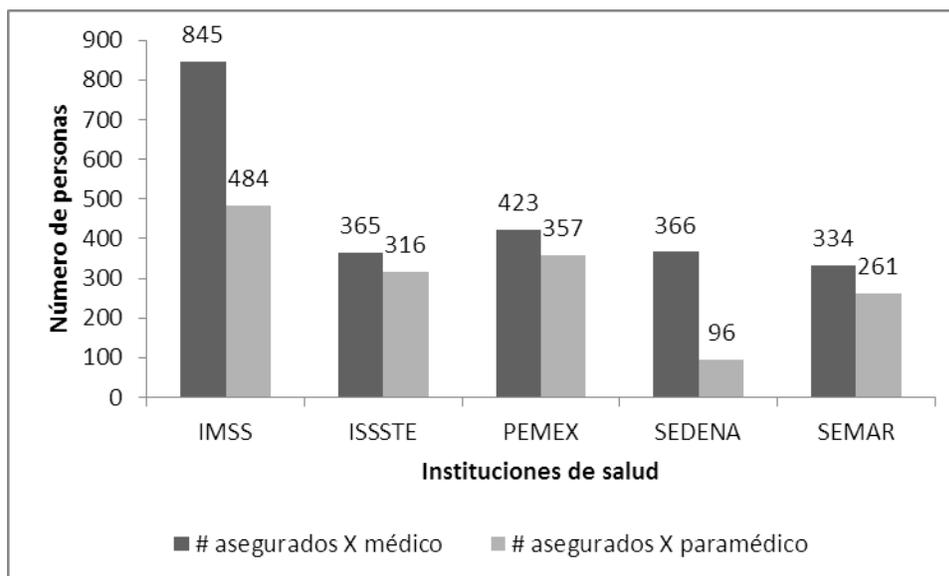
Gráfica 16. Proporción de unidades médicas, y recursos humanos, por institución de salud pública. México, 1970



Fuente: INEGI, 2010.

No obstante la distribución del personal de la salud en el sector público mostraba una mayor concentración en el IMSS, la intensidad de trabajo de los médicos era más en esta misma institución que en el resto al ser la que superaba, por mucho, al resto de las instituciones en relación al número de asegurados por médico, siguiéndole PEMEX, SEDENA, ISSSTE Y SEMAR (gráfica 17).

Gráfica 17. Número de asegurados por médico y por paramédico en las instituciones de salud pública. México, 1970¹¹².



Fuente: INEGI, 2010.

En el caso del número de asegurados por paramédico, el IMSS continuó siendo el principal, seguido de PEMEX, ISSSTE, SEMAR Y SEDENA.

De acuerdo a Ordóñez (2002), la década de los 70 representó para los institutos de la seguridad social (IMSS e ISSSTE) el periodo de expansión más importante en su historia, pasando de una cobertura cercana al 25% de la población nacional en 1970 a casi la mitad (46.5%) a principios de los 80.

Para principios de los años ochenta, los servicios de salud, de acuerdo con los prestadores y usuarios, podían clasificarse en cuatro modalidades (Fajardo, et al (2002)):

- Los servicios para la población no asegurada, los organismos prestadores de servicios eran la SSA, IMSS-Coplamar, los servicios de salud de los gobiernos estatales, los servicios

¹¹² La gráfica no incluye a la SSA porque esta atiende a la población abierta, es decir, a la que no está asegurada.

médicos municipales, los servicios médicos del departamento del DF y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

- Los servicios médicos de las instituciones de seguridad social. Daban atención a poco más del 35% de la población y los principales organismos eran el IMSS (trabajadores del sector formal de la economía y a sus familias), el ISSSTE (empleados públicos y familiares), el ISSFAM y PEMEX, que tenían a su cargo su propio personal.
- El sector privado lucrativo, formado por una gran diversidad de prestadores de servicios, hospitales, consultorios, clínicas, entre otros, y que no conformaban una red de servicios.
- La asistencia privada, grupo muy pequeño que otorgaba servicios médicos sobre bases no lucrativas, como la Cruz Roja Mexicana.

4. Etapa III. Los servicios de salud en el modelo neoliberal: Hacia un detrimento en las libertades instrumentales individuales

Durante la etapa de sustitución de importaciones, las decisiones y acciones de centralización de los servicios de salud por parte del gobierno federal obedecieron a deseos de preservar la unidad nacional y desarrollar la atención a la salud en forma uniforme en todo el país (Fajardo, et al, 2002). Sin embargo, las políticas de ajuste estructural adoptadas para tratar de resolver la crisis de deuda de principios de los 80 y que llevaron a la adopción del modelo neoliberal, tuvieron un fuerte impacto sobre el financiamiento y la organización de las instituciones de bienestar social en general y de salud en particular (López y Blanco; 2001), ya que se redujo de manera significativa el gasto en salud y se redireccionaron los recursos hacia el cuidado de salud básico preventivo de los pobres, dejándose de lado el financiamiento de las clínicas y hospitales.

La crisis de deuda de 1982 es el antecedente de la llegada del modelo económico neoliberal a la economía mexicana, cuando ante la conjugación de una serie de factores, como la crisis del modelo fordista de producción y el alza de las tasas de interés de Estados Unidos, México se vio en la situación de no poder cumplir con el pago de servicio de la deuda. Esta crisis no fue manejada

bajo el principio de corresponsabilidad entre acreedores y deudores y el costo de la misma tuvo que ser asumido solamente por estos últimos quienes a su vez fueron coaccionados por los organismos financieros internacionales a firmar cartas de intención donde se establecían las condiciones bajo las cuales se les darían los créditos, las cuales estaban orientadas a la aplicación de medidas económicas neoliberales (Gutiérrez Garza, 2003).

Las fuertes devaluaciones y alzas de tasas de interés que se aplicaron para tratar de controlar la fuga de divisas llevaron a que se generaran épocas de hiperinflación debido a la *inflación inercial* (tipo de inflación donde los agentes económicos reaccionaban ante las expectativas del precio del dólar y las tasas de interés y no a las expectativas de alzas en los precios de los bienes). Durante este periodo, parte de las recetas otorgadas por el Fondo Monetario Internacional (FMI) señalaban que para controlar la inflación, producto de gastar más de lo que se tenía, era necesario “apretarse el cinturón”, por lo que se aplicaron medidas de austeridad y estabilización como la compresión de los salarios y reducciones en el gasto público, políticas que liberaron divisas para el pago de la deuda, pero que sumieron a la región en una recesión económica de tal magnitud que la CEPAL llamó a esta década, *la década perdida* (Gutiérrez Garza, 2003; Moreno-Brid y Ros Bosch 2010).

Otras condiciones impuestas por los organismos financieros internacionales fueron: disminuir el papel del estado en el proceso del desarrollo, la estabilidad macroeconómica, la apertura comercial, el libre movimiento de capital, apertura a la inversión extranjera, privatización de las empresas del estado, mayor eficiencia financiera, reforma tributaria, un programa para desregular la actividad de los particulares y un compromiso a largo plazo para introducir estas reformas estructurales. Todo sería definido y precisado en detalle por el FMI y el Banco Mundial (Tello, 2007).

Las décadas de los 80 y 90 fueron el escenario de consolidación de esta estrategia impuesta fundamentalmente por Estados Unidos, con el propósito de resolver los principales problemas económicos de los países desarrollados (Gutiérrez Garza, 2003), tales como: la ampliación de los mercados de las empresas transnacionales (a través de la apertura comercial y de la inversión extranjera); la valorización y capitalización de los fondos de pensión (mediante el impulso de la liberalización financiera para activar el libre flujo de capitales); y la garantía del pago de la deuda externa (pues solamente la deuda externa de México representaba alrededor del 44% del capital de los 9 bancos más grandes de Estados Unidos, lo que significaba un alto riesgo de una crisis en el sistema bancario estadounidense).

De esta reflexión surgen preguntas como ¿cuáles son los cambios que ha sufrido el sector de la salud en el país durante esta época?, ¿cómo se llevaron a cabo estos cambios en el sector?, ¿de qué manera impactó en las capacidades y libertades de los individuos?

En el caso de la salud, el sector pasó por una serie de transformaciones, en diferentes momentos. Estos cambios fueron impulsados principalmente por el Banco Mundial (BM), institución con mayor capacidad de financiar proyectos que la Organización Mundial de la Salud (OMS), por lo cual tuvo una influencia muy importante en la política sanitaria de los países subdesarrollados (Ortún, 1992). Lo mismo ocurrió con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) que dejaron que el BM ejerciera un papel más protagónico y de directriz aportando cada vez más al diseño de estrategias y políticas de salud para los países subdesarrollados (Dávila, s/f).

La debilidad económica e institucional de la OMS se debió en parte a que, a partir de 1980 su presupuesto se mantuvo inalterado, perdiendo valor de manera progresiva por la inflación, además porque Estados Unidos retuvo los fondos en varias ocasiones en reacción a que la organización promovió el Código Internacional de Sustitutos de Leche Materna (acción que se

interpretó como un ataque al mercado libre) y lanzó el Programa de Medicamentos Esenciales, algo en lo que la industria farmacéutica estaba en contra. De tal forma que los programas de la OMS estaban siendo financiados por donantes como los países desarrollados, fundaciones y organismos multilaterales como el mismo Banco Mundial. A principios de los años 90 los fondos procedentes de donantes representaban el 54% del presupuesto total de la OMS, estos financiamientos generaron programas “verticales” como el del SIDA o el de vacunación universal, siendo los donantes los que realizaban las decisiones y, por lo tanto, quedaban fuera del control de la OMS (OISG, 2008).

Este es el caso de los documentos del BM, “Health Sector Policy Paper”, de 1980, y “Financing health services. An agenda for reform”, de 1987, que condicionaron en un alto grado la política sanitaria de numerosos países del Tercer Mundo, en especial aquellos sometidos a políticas de ajuste estructural (Ortún, 1992), como México; así como el Informe de 1993, “Invertir en salud” (Laurell, s/f; y Lema, s/f). Por ejemplo, en los periodos 1988-94 y 1994-2000 la reestructuración del sector, especialmente la ampliación de cobertura con el paquete básico de salud y la reorganización de los servicios y beneficios de la seguridad social, estuvo financiada y condicionada por los préstamos que los organismos financieros internacionales otorgaron al gobierno mexicano (López y Blanco, 2001), como el de 700 millones de dólares (Laurell (a), s/f) que fue aprobado en 1998 por el BM, siendo éste préstamo, por mucho, el de mayor monto otorgado por esta institución en los temas de salud, nutrición y población, durante ese año (BM, 2007).

En el documento de 1980, el BM señalaba que la política de salud, con énfasis en el cuidado de la salud básica universal de bajo costo era “más un slogan que una realidad nacional en la mayoría de los países en desarrollo. Cambiar esto es el mayor reto de salud de los años 80” (BM, 1980:53).

Por lo que en México, las acciones orientadas hacia este fin no se hicieron esperar, pues se requirieron nuevos fundamentos legales, de programación y de organización los cuales se llevaron a cabo de una manera muy rápida e intensa en los siguientes años.

En 1982 se comenzaron a realizar los primeros cambios, donde la descentralización juega un papel importante. Se anuncia la integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) al sector salud. Asimismo el Instituto Nacional de Pediatría y el Instituto Nacional de Perinatología dejan de ser dependencias del DIF y se constituyen en organismos públicos descentralizados. También, en ese mismo año se conforma la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico del Sector Salud en el seno del Consejo de Salubridad General (Fajardo y Sánchez, 2005).

Se inicia en el país un proceso de transformación general que se ve reflejado desde el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 1983-1988 donde se señala que “El acceso a una sociedad igualitaria implica buscar condiciones de vida adecuada para todos los mexicanos y para todos los estados de la Federación.... El Federalismo es el principio de estructuración del espacio nacional a partir de la voluntad de estados miembros iguales”.....”Si se persiguen metas igualitarias, la democratización integral y la descentralización de la vida nacional son procesos convergentes y complementarios” (DOF, 1983:12).

En el caso particular de la salud, el PND señalaba, entre otras cosas, que la descentralización, así como una mayor participación del sector privado y del sector social eran necesarias para cumplir los objetivos planteados. Además, se establecerían instrumentos que promovieran la calidad y la eficiencia de los servicios de salud; se ampliaría la cobertura de la seguridad social, facilitando la afiliación de la población no asalariada; se llevaría a cabo la descentralización de los servicios de salud de la población no asegurada, respetando la organización geopolítica, es decir, federalizando el sector (Sepúlveda y López, 2002).

Como parte de este proceso, el 3 de febrero de 1983, se decretó una adición al párrafo tercero del Artículo 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con la cual *se elevó a rango constitucional el derecho de protección a la salud*, derecho del ciudadano y responsabilidad del estado (Fajardo, et al 2002 y López y Blanco; 2001).

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución” (DOF, 1983).

Cuyo logro de esta meta es congruente con lo señalado por la Constitución de la OMS en 1946, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, el acuerdo tomado en la reunión de Alma-Ata; así como con lo señalado por el BM en el documento de 1980 acerca de buscar el cuidado de la salud básica universal en los países en desarrollo.

No obstante, resultó en algo paradójico que con la fuerte disminución de recursos que se hizo en el gasto social se aprobara una iniciativa de este tipo la cual, junto con la de la vivienda (“Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa” (DOF, 1983, 7 de febrero), implicaba que el Estado mexicano asumía formalmente la responsabilidad de estos derechos sociales (Ordóñez, 2002), sin tener la capacidad para cumplirlo.

Lo anterior viene a colación porque en ese mismo año, 1983, se aplicó un fuerte ajuste de finanzas públicas que afectó el gasto social, el cual disminuyó 30%, dañando especialmente a los programas orientados a combatir la pobreza rural, al grado de extinguirse, como COPLAMAR¹¹³. De estos programas, sólo se conservaron los programas de salud asistencial del IMSS y de

¹¹³ COPLAMAR desapareció en abril 1983 y el IMSS asumió la responsabilidad de realizar aquellas actividades, que continuaron siendo financiadas con recursos federales. El IMSS siguió promoviendo la participación de las comunidades como contraprestación de éstas por recibir los servicios. Se estableció un modelo integral de atención a la salud, basado en la estrategia de atención primaria de la salud –servicios básicos referentes a promoción y conservación de salud y reparación y prevención de la enfermedad-. A pesar de la desaparición de COPLAMAR, el programa durante algún tiempo siguió conociéndose como IMSS-COPLAMAR; en la década siguiente se conocería como IMSS-Solidaridad (Fajardo, et al, 2002).

distribución de alimentos de la CONASUPO, aunque con menor presencia (Ordóñez, 2002). Además, estos recortes de recursos federales se mantuvieron, pues la reducción de la participación del gasto en salud dentro del gasto público federal, entre 1982 y 1986, llegó a ser del 47.1%, lo que se tradujo en un deterioro de la calidad de los servicios y en una reducción de los salarios reales de los trabajadores, médicos y enfermeras del sector salud (Tamez, Eibenschutz, Camacho y Hernández, s/f).

En 1983 también se reformó el Código Sanitario para establecer lo que era obligación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En este sentido, se modificó la fracción I del artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, para enriquecer la atribución normativa y coordinadora de la Secretaría, al encargarse de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, y de coordinar los programas de servicios de salud de la administración pública federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que se determinen (SS, s/f).

De esta manera, el sector salud quedó integrado por todas las entidades e instituciones de la Administración Pública Federal que desarrollaban funciones en la materia, teniendo como coordinadora a la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Posteriormente, el 30 de agosto de 1983, el ejecutivo federal, por medio de un decreto, estableció las bases a las que se sujetaría el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (Fajardo, et al; 2002). En el mismo año, se efectuaron cambios en la estructura orgánica de los Servicios Coordinados de Salud Pública, con motivo de la descentralización de funciones en Nuevo León (NL, s/f).

El 7 de febrero de 1984 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la nueva *Ley General de Salud*, que sustituyó al Código Sanitario y señala en su Artículo 1º: “La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo

4°. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general” (DOF, 2010).

Para hacer efectivo el derecho a la salud, en la ley General de Salud se establecieron las bases del Sistema Nacional de Salud (Fajardo et al, 2002).

En el Artículo 5°. se establece que “El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud” (DOF, 2010).

Además, en el Art. 7°. se señala que “la coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud...” (DOF, 2010); lo que condujo a la desaparición de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) como tal¹¹⁴, conformándose la Secretaría de Salud, entidad normativa, de supervisión y evaluación (Fajardo et al, 2002). Mientras que en la fracción III del mismo artículo, se establece que será la Secretaría de Salud la que se encargue de “impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud” (DOF, 2010), quedando de esta forma definido el responsable del proceso de descentralización.

Asimismo, en el artículo 8°. se establece que las instituciones de salud podrán realizar la subrogación de servicios, permitiendo con esto una mayor participación del sector privado en la prestación de este tipo de servicios.

De esta forma, la Ley General de Salud dejó claramente definido cómo los mexicanos ejerceríamos el *derecho a la protección de la salud*: no sería a través del Estado (ya que se estaban

¹¹⁴ Se deja la asistencia al Sistema nacional para el desarrollo Integral de la Familia (DIF).

haciendo cambios para reducir la participación del mismo en la sociedad), sino principalmente por medio de los sectores social y privado.

Bajo este contexto se puede decir que con la reforma al artículo 4º. Constitucional y el decreto de la Ley General de Salud se produjeron dos cosas: por un lado, se estableció el marco institucional necesario para que el acceso a la salud se constituyera en una libertad instrumental para todos, sentando las bases para lograr una mayor equidad en las oportunidades de las personas y, por otro lado, se dejó claro que el ejercicio de este *derecho* no sería a través del Estado, sino principalmente por medio de los sectores social y privado, donde a este último posteriormente se agregaría el capital financiero internacional. De esta forma, se puede decir que en los primeros dos años (1983 y 1984) después de la crisis de deuda, el modelo neoliberal quedó incrustado en el sector de la salud de una manera medular a través de los cambios en las leyes y el procedimiento para lograr su implementación se llevaría en los siguientes años.

El 8 de marzo de 1984, el Ejecutivo Federal expidió el Decreto por el que se descentralizaba los servicios que prestaban la Secretaría de Salud en los estados y los que, dentro del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, denominado IMSS-COPLAMAR, proporcionaba el IMSS, integrándose a los sistemas estatales de salud (SS, s/f). Por las mismas fechas, en Nuevo León también se expidió el documento por el que se descentralizan a los gobiernos estatales los servicios de salud que prestaba la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los estados y los que dentro del Programa IMSS-COPLAMAR, prestaba el IMSS (NL, s/f).

El 16 de agosto de 1984 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las bases de coordinación para la integración y descentralización de los servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Departamento del Distrito Federal. La expedición de los instrumentos jurídico-administrativos referidos con antelación, derivaron en modificaciones substanciales acontecidas al interior de la Secretaría. Asimismo, los Servicios Coordinados sufrieron una nueva reestructuración

organizacional, surgiendo el Consejo Interno de Administración y Planeación Estatal como órgano coordinador y de enlace de las diversas Instituciones que prestan Servicios de Salud en el Estado, a fin de llevar a cabo los trabajos del proceso de descentralización (SS, s/f).

Con este proceso se pretendía unificar en cada estado los servicios de salud que pertenecían a la SSA con los de IMSS-COPLAMAR y con los que dependían de los gobiernos estatales; contemplando en general a centros de salud, hospitales generales, unidades médicas rurales, clínicas hospital de campo y algunas campañas sanitarias (Fajardo, et al 2002). No abarcó los hospitales especializados, los servicios médicos de los organismos de la seguridad social ni a los privados.

El 9 de agosto de 1984 se decreta la aprobación del Programa Sectorial de Mediano Plazo Programa Nacional de Salud 1984-1988. Este programa se articuló a partir de las estrategias básicas de “descentralización, sectorización, modernización administrativa, coordinación intersectorial y participación de la comunidad para lograr el propósito básico de mejorar el nivel de salud de la población, procurando tender a la cobertura total de los servicios con calidad básica homogénea y fortalecer las acciones dirigidas a los grupos más desfavorecidos así como promover la protección social de los desamparados” (DOF, 1984). El programa se aprobó como un instrumento de política que especifica las acciones requeridas para reformar la base organizacional del cuidado de la salud en México y así poder alcanzar el objetivo de un Sistema Nacional de Salud con cobertura universal (Soberón, et al, 1986).

El 21 de enero de 1985, se reformó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, con lo cual la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su nombre por Secretaría de Salud. (SS, s/f), y en noviembre del mismo año se creó La Secretaría Estatal de Salud de Nuevo León (NL, s/f).

Con estos elementos, quedó el camino listo para iniciarse el proceso de descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada, llevándose a cabo la primera etapa en el periodo 1984/1988.

Durante este periodo, sólo 14 estados, de los 31, finalizaron la etapa de integración orgánica y descentralización operativa, entre ellos, Nuevo León. El avance parcial de la descentralización se debió a que se enfrentaron problemas como: insuficiente asignación y disponibilidad de recursos financieros; limitada infraestructura y canales adecuados de distribución lo que generaba desabasto de insumos y de equipo médico en el nivel jurisdiccional y saturaban la capacidad de almacenamiento, conservación y mantenimiento de los niveles estatal y local; problemas laborales por la oposición de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE); restricciones severas en la apertura de plazas y contratación de personal e imposibilidad para garantizar la homologación salarial y funcional, así como la negativa de los gobiernos locales a estatizar al personal de los servicios por las repercusiones económicas y políticas para los estados (López y Blanco, 2001), traduciéndose esto en un deterioro en las oportunidades de las personas en acceder a la atención de salud y por lo tanto en sus capacidades para mejorar su calidad de vida.

Además, en los estados que lograron la descentralización en la primera etapa, desaparecieron los Servicios Coordinados de Salud Pública y el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria (IMSS-COPLAMAR) y se crearon dependencias estatales responsables de los servicios. No obstante, se trató más de una desconcentración operativa que privilegia la atención de bajo costo y profundiza la inequidad en el acceso a servicios de salud de calidad (López & Blanco, 1993), pues la desaparición del programa IMSS-COPLAMAR, o su “adscripción” a un nuevo organismo, significó transferir responsabilidades, la población “solidariohabiente” estaría a cargo de estructuras estatales de salud nuevas, esto se relacionó con aspectos de democracia e igualdad social, sin embargo, no fue habitual hacer partícipe a los “solidariohabientes” del cambio (Fajardo, et al 2002).

Otro evento importante que ocurrió, y que al paso del tiempo sería crítico en la transformación del sector de la salud, fue el ingreso de México, en 1986, al Acuerdo General de

Aranceles y Comercio (GATT)¹¹⁵ (Méndez, 2008), siendo esto el inicio de un proceso orientado a la apertura de fronteras al comercio, a la producción y a los flujos financieros, como parte de las condiciones impuestas por los organismos financieros, lo que tendría impacto más adelante en el sector de la salud.

Para 1987, el Banco Mundial emitió un nuevo documento sobre el tema de la salud “Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform (BM, 1987). En él, el Banco Mundial hace referencia a la crítica situación financiera en la que se encontraban muchos países subdesarrollados y las grandes dificultades que tenían para elevar el gasto en salud, por lo que proponía una alternativa para el financiamiento del cuidado de la salud.

También señalaba que “sin las reformas en el financiamiento, los ingresos necesarios no podían estar disponibles para llevar a cabo las decisiones políticas de reasignación dentro y fuera del sector de la salud. No obstante las reformas no se harán cargo automáticamente de las decisiones políticas, estas ayudarán a hacer disponible los recursos que hacen posible las decisiones políticas” (BM, 1987).

De acuerdo al BM, su propuesta reduciría la responsabilidad del gobierno de pagar servicios de salud que proveen pocos beneficios a la sociedad como un todo, como la atención especializada por ejemplo, liberando recursos que se podrían utilizar para pagar servicios de salud que son “bienes públicos” y que por lo tanto generan mayores beneficios a la sociedad, tales como inmunizaciones, control de enfermedades contagiosas, educación de la salud, cuidado maternal y prenatal, así como planificación familiar, siendo los más pobres los principales beneficiarios.

Esta agenda de reformas del BM se dividía en cuatro políticas:

¹¹⁵ México se había negado ingresar al GATT desde 1947 cuando rechazó suscribir el acuerdo en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Comercio y el Empleo, realizada en La Habana, argumentando el derecho de los países a industrializarse y a utilizar el proteccionismo para ello (Tello, 2007). A partir de 1995 el GATT desaparece para dar lugar a la Organización Mundial de Comercio (OMC) donde actualmente son 145 los países miembros.

a) Cobrar un cargo a los usuarios de las instalaciones de salud del gobierno, especialmente en medicinas y cuidados curativos, lo que elevaría los ingresos del sector;

b) Proporcionar seguridad social u otra cobertura de riesgo, los programas de seguro de salud son benéficos porque ayudan a movilizar recursos para el sector, las personas pagan los costos de su propio cuidado y, a la vez protegen a las familias de grandes pérdidas financieras por gastos catastróficos;

c) Usar recursos no gubernamentales de manera efectiva, es decir, incentivar al sector no gubernamental como grupos no lucrativos, medicina privada, etcétera, para proporcionar los servicios de salud, esto ahorra recursos al sector y,

d) Descentralizar los servicios de salud del gobierno, descentralizar la planeación, el presupuesto y las compras de los servicios de salud del gobierno, particularmente los servicios que ofrecen beneficios privados y que los usuarios pagan.

Es decir, este documento se centraba en como redistribuir el gasto en salud y lograr liberar recursos, sugiriendo que las personas debían encargarse de atender sus necesidades de salud cuando estas no fueran “públicas”, empezando de esta forma a introducir la idea de privatizar los servicios de salud, no en el sentido como comúnmente conocemos este concepto, sino en el de permitir una mayor participación del sector privado o lucrativo en la prestación de los servicios de salud.

No obstante, a finales de esta década se comienzan a hacer evidentes los grandes costos sociales y económicos, no sólo en México sino también en el resto de las naciones de América Latina donde había sido impuesto el neoliberalismo, ya que la aplicación de las políticas y condiciones de los organismos internacionales ocasionaron un empeoramiento de la situación económica y social recayendo el costo del ajuste en los grupos más pobres, generándose mayor pobreza y desigualdad (Griffin, s/f).

En el tema de la salud, la década de 1980 fue testigo del resurgimiento de espectros epidemiológicos que se creían controlados como la malaria, el cólera, la tuberculosis y otras endemias que estaban a punto de ser erradicadas del planeta. Además, aparecieron enfermedades como el SIDA, diferentes clases de virus y otras hasta entonces no bien identificadas. También se presentó un aumento progresivo de las enfermedades degenerativas propias del envejecimiento en algunas poblaciones como los problemas cardiovasculares, el cáncer, la desnutrición y aumentos significativos en las enfermedades psicosociales como la depresión y la violencia con características de «cultura» en sus diferentes manifestaciones de homicidios, suicidios, y la violencia intrafamiliar. Además, se dio un alza progresiva en los accidentes de tránsito, los laborales y un fuerte deterioro del medio ambiente (Rico Velasco, 1997).

En México, se produjo un desmantelamiento de los programas de control de enfermedades, reduciéndose la eficacia de las medidas epidemiológicas, por ejemplo, se incrementó la incidencia de paludismo, dengue y tuberculosis; la epidemia de sarampión 1989-90; se profundizó el diferencial de salud entre grupos y regiones (Blanco & López, 1990); asimismo, aunque la mortalidad infantil continuó declinando, se elevó la mortalidad infantil y preescolar asociada a deficiencias nutricionales (Moreno-Brid y Ross Bosch, 2010), por lo que ante la grave situación de desmantelamiento, en 1988 se suspendió de manera indefinida el proceso descentralizador que sufrieron los servicios de salud del país en la primera etapa (López y Blanco, 2001). No obstante, las consecuencias no fueron solamente en el aspecto de la salud, durante este periodo el proceso de crecimiento económico del país fue interrumpido y el nivel de vida de la población bajó de manera significativa pues, entre 1982 y 1988 el PIB per cápita cayó más de 15%; el salario real se redujo fuertemente, un promedio de 8.1% anual (con fuertes contracciones en 1983 y 1986), y el gasto público en educación y salud cayó 30.2% y 23.9%, respectivamente; en el aspecto social; se redujo el número de niños inscritos en primer año de primaria; disminuyó la clase media; creció el número

de hogares en condiciones de pobreza y la desigualdad en la distribución del ingreso se incrementó (de 0.43 en 1984 a 0.47 en 1989) (Moreno-Brid y Ross Bosch, 2010).

Ante el evidente deterioro de la calidad de vida de las personas, se produjeron muchas protestas en la sociedad y como parte de esta reacción, la UNICEF publicó en 1987 el documento "Ajuste con Rostro Humano", donde exhortaba al FMI y al Banco Mundial a prestar más atención a la pobreza y a los seres humanos. Entre sus propuestas, sugirió que se mantuvieran los servicios básicos mínimos, especialmente para los más vulnerables, y que se distribuyera el costo del ajuste de manera más equitativa (PNUD, 1996). El tema también fue discutido en otros foros como en la reunión de Riga (URSS) en marzo de 1988, donde se analizaron los avances de la salud para todos y la estrategia de atención primaria, y se encontró que si bien era cierto que se había logrado avanzar en términos de control de la mortalidad y las enfermedades especialmente materno infantil en varios países, el beneficio no era uniforme entre países y al interior de muchos, lo cual no era bueno. Algunos indicadores asociados con la salud eran inaceptables como el aumento en las tasas de analfabetismo en los países en desarrollo y el aumento en el número de personas que viven en la más absoluta pobreza (Rico Velasco, 1997); igualmente se señaló que las transformaciones macroeconómicas y las prácticas neocapitalistas tenían un efecto devastador en las políticas sobre salud para todos y la aplicación de la estrategia de atención primaria que se reafirmaba en esa reunión. Asimismo, en la reunión de expertos realizada en New Orleans en 1990 se reconoció la presencia de una crisis en la salud pública de casi todos los países de la región de las Américas y otros de Europa frente a la «incapacidad de la mayoría de sociedades de promover y proteger su salud en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieren. Estos resultados mostraban que el modelo neoliberal había ocasionado un deterioro en la capacidad de los servicios de salud como libertad instrumental para mejorar las condiciones de salud de las personas, limitando con ello sus capacidades para hacer y ser lo que más valoran (Sen, 2000).

Esta corriente de protestas contra los efectos económicos y sociales de las fuerzas del mercado, llevó a que en 1990 el PNUD publicara el primer informe del Desarrollo Humano, la propuesta de un nuevo enfoque sobre el desarrollo el cual se define como un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de los individuos, las más importantes de las cuales son una vida prolongada y saludable, acceso a la educación y el disfrute de un nivel de vida decente. Otras oportunidades incluyen la libertad política, la garantía de los derechos humanos y el respeto a sí mismo (PNUD, 1990), y no solamente como crecimiento económico.

De acuerdo a este enfoque, aunque la prosperidad económica contribuye a mejorar las elecciones de la gente permitiéndoles llevar una vida más satisfactoria, representa sólo un medio para alcanzar el desarrollo pues, aspectos como la educación, la salud y otros factores son componentes directos del desarrollo ya que influyen las libertades efectivas de que gozan los individuos y amplían las capacidades y opciones para que las personas puedan ser y lograr hacer lo que valoran (PNUD, 1996).

De esta manera, la nueva propuesta del Desarrollo Humano presentó la salud de las personas como parte del desarrollo que debe existir, es decir, como una capacidad que todos debemos tener sólo por el hecho de ser personas, y no sólo como algo bueno para el crecimiento económico de un país, resultando de esta forma ser una presión adicional para que se avanzara de manera real en el derecho a la protección de la salud con el neoliberalismo.

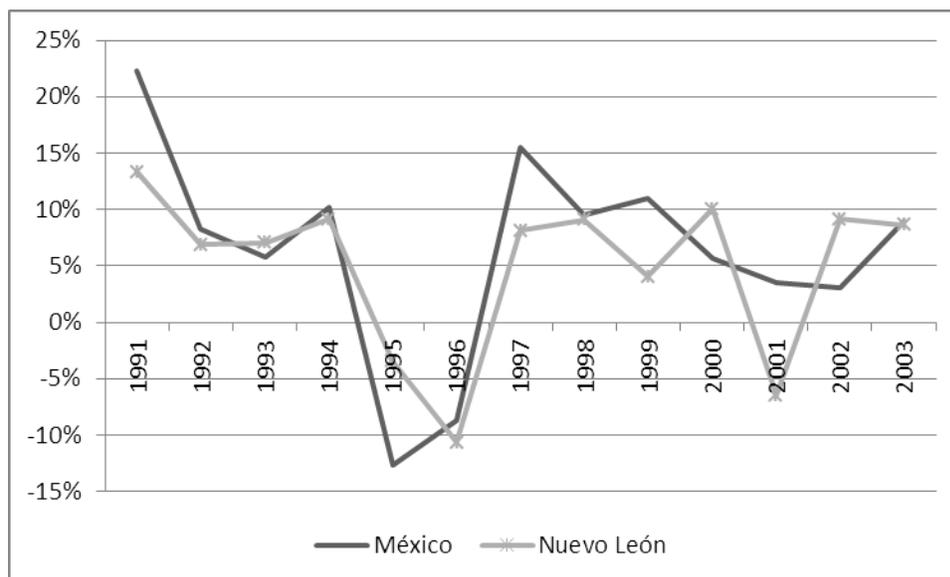
La implementación de las reformas estructurales que ya se venían realizando en la economía y en el sector desde principios de los 80, ahora se continuarían con la propuesta planteada por el BM en su documento de 1987, donde se señalaba que para hacer eficiente el uso de recursos públicos era necesario orientarlos a los servicios de salud que son “bienes públicos”, dejando que la atención especializada fuera pagada por los individuos, trayendo esto como consecuencia que la salud pasara a convertirse en un bien que debemos comprar en el mercado, ya sea de manera directa o a través de

seguros médicos, es decir, se dejó atrás la visión que predominó en la época del Estado del Bienestar donde el Estado era el encargado de velar por la salud de su gente, como se verá más adelante.

No obstante, el daño económico y social causado durante estos años en el país se tradujo en manifestaciones de descontento popular cuya máxima expresión ocurrió en el momento de las elecciones presidenciales para el sexenio 1988-1994, cuando se dio una votación masiva en contra del partido oficial, el PRI, y en favor del partido de oposición de izquierda, el PRD, pero el triunfo se revirtió mediante un fraude electoral (Ordóñez, 2002). Estos hechos dejaron de manifiesto la necesidad de resolver los graves problemas sociales en los que se encontraba el país por lo que, contrario a lo que había ocurrido anteriormente, las políticas sociales en ese sexenio recibieron un financiamiento importante que les permitió recuperar en 1993 el nivel de gasto que tenían en 1981 y alcanzar en 1994 un máximo histórico (10.3% del PIB), representando un poco más de la mitad del gasto programable de la federación, que ascendía a cerca del 20% del PIB (Ordóñez, 2002). Sin embargo, las políticas sociales se focalizaron a ciertos grupos de población, como lo sugirió el BM (López y Blanco; 2001), por ejemplo, se llevó a cabo una política social que permitió la continuación del desarrollo del proyecto de modernización económica y a la vez suavizó el descontento social acentuado por el acelerado deterioro de las condiciones de vida de la mayor parte de la población en la década de los 80, mediante la utilización de un discurso “solidario” que progresivamente sería definido como liberalismo social, siendo el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) la base de esta política y el cual estaba orientado a la población pobre del país. En el caso de la salud, este tipo de apoyo se hizo a través del Programa IMSS-Solidaridad (anteriormente IMSS-COPLAMAR), el cual se recuperó parcialmente, y para 1990 operaba en 17 estados, con 2 mil 666 unidades de primer nivel (UMR), 52 hospitales rurales y una cobertura aproximada de 11 millones de mexicanos (IMSS-Solidaridad, 1990; y López y Blanco, 2001).

Esta tendencia al alza en el gasto público en salud se mantendría a partir de 1990, aunque con ciertos altibajos como se muestra en la gráfica siguiente.

Gráfica 18. Tasa de crecimiento anual del gasto público real en salud, México y Nuevo León 1990-2003



Fuente: Boletín de Información Económica. Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud. Cifras en pesos del 2002.

Durante el periodo comprendido desde 1990 hasta el año 2003, en los años 1995 y 1996 las tasas de crecimiento del gasto público en salud fueron negativas, tanto a nivel nacional como en el estado de Nuevo León, este comportamiento se vuelve a presentar en el 2001 pero únicamente en la entidad. Sin embargo, el crecimiento del gasto público en salud fue lento pues, durante este periodo que comprende 13 años, solamente creció un acumulado¹¹⁶ de 83% a nivel nacional y 65% en el estado.

Al mismo tiempo que esto sucedía en el sector de la salud, la serie de medidas de ajuste estructural que se venían aplicando en el país desde principios de los 80 también estuvieron

¹¹⁶ Suma de las tasas de crecimiento anuales.

contenidas en el Consenso de Washington, documento emitido a finales de los 80 y cuyo cumplimiento fue puesto como condición al país, por parte de los organismos acreedores internacionales, las agencias económicas del gobierno de Estados Unidos, entre otros; para poder otorgarle nuevos préstamos al país bajo el Plan Brady, anunciado en 1989 (Alzugaray, s/f).

Esta serie de condiciones implicaron, entre otras cosas, la apertura de la economía a los capitales y a la producción extranjera, la reestructuración del Estado vía privatizaciones (en los sectores productivo y de servicios), así como la disminución del gasto social, donde se sugirió hacer recortes importantes en el gasto en subsidios a la educación y la salud dado que estos servicios tienen la característica de inversión en capital humano así como de consumo. En el caso particular de la salud se recomendó redireccionar el financiamiento hacia el cuidado de salud básico, principalmente el preventivo, y orientarse especialmente a los más pobres. Es decir, esta medida implicó reducciones en los gastos en clínicas y hospitales con alta tecnología médica (Williamson, 1990), dejando de esta manera espacio para la participación de la inversión privada.

De tal forma que, aparte del redireccionamiento del gasto en la salud, otras medidas estructurales afectaron al sector, tales como la reforma a la inversión extranjera, la reforma a los servicios financieros y la apertura de las fronteras al comercio.

En el caso de la Ley de Inversión Extranjera del país, esta fue modificada en 1993 para aprobar automáticamente toda participación extranjera en proyectos de inversión menores a 100 millones de dólares (dejando muy pocos sectores restringidos y solo algunos con un límite de participación del 49% como en las instituciones de seguros, de fianzas, casa de cambio, almacenes generales de depósito, Afores, entre otras (DOF, 2008)); no obstante desde los 80 ya se había dado un fuerte relajamiento en la entrada de este tipo de inversión al país. La medida generó, entre otras cosas, un cambio fundamental en la composición del sector de la salud del país pues propició la entrada de la inversión extranjera al sector.

En este mismo año, 1993, el BM emitió el Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, titulado “Invertir en salud”, el cual fue elaborado en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), y que obedece a los objetivos de compatibilizar el sector salud con el neoliberalismo, ubicando a la salud en el ámbito privado y sólo bajo ciertas condiciones en el ámbito público, así como de adecuar la política a las prioridades del ajuste fiscal mediante la disminución y reestructuración del gasto social público (Laurell, s/f), algo que ya se venía recomendando y haciendo desde los años 80. Sin embargo, un rasgo distintivo de este documento es su recomendación de permitir la participación de la competencia internacional en el sector y de cambiar de un formato de pago de servicios por honorarios a uno de prepago, dando esto un giro significativo en la conformación de la prestación de los servicios de salud en el país.

Haciendo referencia al cumplimiento de la meta de la declaración de Alma-Ata de 1978, de “... que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” (Alma-Ata, 1978:1); así como a la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, celebrada en 1990, el informe del BM de 1993 propuso un enfoque triple:

a) que el gobierno debe fomentar un entorno económico que permita a las familias mejorar su nivel de salud, a través del crecimiento con inclusión así como con inversión en educación especialmente para las niñas;

b) el gasto público debe reorientarse hacia programas de bajo costo y alta eficiencia, como los de lucha contra enfermedades infecciosas y la mala nutrición, que son “bienes públicos”, lo que se puede lograr reduciendo el gasto en establecimientos de nivel terciario, formación de especialistas e intervenciones que aportan escasa mejora de la salud en relación a lo gastado, así como por la descentralización de facultades administrativas y presupuestarias y la subcontratación de servicios, y

c) los gobiernos tienen que facilitar mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de servicios de salud.

En este último punto (c), el BM señalaba que “si los gobiernos financiaran un conjunto de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales, el resto de los servicios se podría cubrir mediante financiamiento privado, por lo general por la vía de los seguros, privados o sociales. La reglamentación gubernamental puede fortalecer los mercados de seguros privados, mejorando los incentivos para ampliar la cobertura y controlar los costos. Incluso en el caso de los servicios clínicos financiados con fondos públicos, los gobiernos pueden fomentar la competencia y participación del sector privado en la prestación de los servicios, y ayudar a mejorar la eficiencia del sector privado...” (BM, 1993). Asimismo, señala que los proveedores nacionales “no deberían estar protegidos de la competencia internacional“, que se requiere aumentar la inversión en progreso científico y que es necesario alentar a los prestadores de servicios de salud privados a pasar del sistema de honorarios por servicio al de cobertura pagada por anticipado.

Nuevamente, en este documento, el BM señala que los países que estén dispuestos a emprender reformas en sus políticas de salud serían buenos candidatos para el otorgamiento de un mayor volumen de ayuda, incluido el financiamiento por los donantes de los gastos ordinarios.

Este informe dio pie a distintas reformas sanitarias en los siguientes años, guiadas por una penetración del modelo privado de seguros de salud al estilo norteamericano, frente a la visión de los sistemas públicos universales de salud (Lema, s/f). Además, al orientar los fondos públicos para costear únicamente las intervenciones contenidas en el paquete básico y dirigido fundamentalmente a la población pobre, desde el gobierno se apoyó el desmantelamiento del “monopolio” estatal de la salud y se “liberan” mercados antes vedados para la inversión privada con fines de lucro (Laurell y López, 1996).

En el marco de este proceso y la liberalización comercial y financiera, el primero de enero de 1994 entró en vigor el Tratado de Libre Comercio de América del Norte entre México, Estados Unidos y Canadá, abriéndose las fronteras a la movilidad de bienes y servicios entre los tres países. En este acuerdo, fueron particularmente 5 capítulos los que estaban relacionados con el comercio de servicios de la salud: el XI, relacionado a las inversiones; el XII, sobre el comercio transfronterizo de servicios; el XIV, de servicios financieros; el XVI, sobre la entrada temporal de personas de negocios y; el XVII, sobre propiedad intelectual (Gómez-Dantés, Frenk y Cruz, 1997). Estos capítulos han dado muchas facilidades para el intercambio en servicios de salud, a través de formas como: movimiento de usuarios de servicios entre países, movimientos de proveedores de servicios de salud, establecimiento de unidades de salud en otros países, exportación de servicios, cooperación internacional en proyectos conjuntos, participación del sector financiero en este sector, entre otros (Frenk, et al, 1994 y Gómez, et al, 1997).

De tal forma que, el TLCAN propició la entrada de grandes capitales multinacionales, en ocasiones asociados a inversionistas locales y nacionales, los cuales se han ido colocando en empresas de seguros o han sido utilizados para la adquisición, asociación o construcción de clínicas y hospitales, entre otros, apostándole a una mayor subrogación de servicios de las instituciones de salud públicas, al crecimiento de los mercados de seguros de gastos médicos, así como al turismo médico, entendido este último (Ramírez, 2008) como los viajes al extranjero de personas en busca de atención médica o tratamiento, principalmente cirugías.

Capitales financieros multinacionales de aseguradoras como Aetna, Cigna, AIG, The Principal, Prudential; y de fondos comunes que captan el capital de inversión de universidades, fundaciones, empresas, entre otras, de diversos países, se están ubicando en el sector salud del país y de América Latina mediante diferentes modalidades como: los seguros prepagados, para operar como administradores de fondos de la seguridad médica y del sector estatal, la asociación con otras

empresas y/o acuerdos para desarrollar el gerenciamiento de las instituciones de la seguridad social y del sector público, entre otras (Iriart, Emerson y Howard, 2000).

Otros ejemplos de la presencia de los grandes capitales extranjeros en el país y en el estado de Nuevo León, es la cadena hospitalaria texana ChristusHealth, que opera una red de más de 40 hospitales en Estados Unidos y dispone en México de 6 hospitales de alta especialidad ubicados en Coahuila, Chihuahua, Nuevo León, Tamaulipas y Puebla¹¹⁷. De acuerdo a González (2006), este consorcio busca adquirir y construir hospitales en diferentes ciudades del país con el objetivo de ser el grupo hospitalario más grande de México.

Asimismo, International Hospital Corporation llegó a México desde 1992 para desarrollar, adquirir y administrar hospitales. Posteriormente, en 1997 forma un consorcio para expandirse en América Central y en 1998 se establece en Brasil. Actualmente cuenta con cuatro hospitales en el país, uno de ellos es el hospital CIMA Santa Engracia ubicado en esta entidad, otro en San José de Costa Rica y cinco hospitales Vita en Brasil¹¹⁸.

Con relación al turismo médico, en el caso de México, la mayoría de los pacientes que vienen del extranjero provienen de Estados Unidos y viajan por atención médica a las principales entidades receptoras de este tipo de turismo: Baja California, Nuevo León y Ciudad de México.

Algunas de las razones por las que los ciudadanos estadounidenses se atienden en México son:

- Menores precios relativos en honorarios médicos, atención hospitalaria y medicinas, comparado con EU,
- La falta de seguro médico de una parte importante de la población de EU, especialmente latinos,
- Los seguros transfronterizos que se venden en EU a residentes para hacerlos efectivos en México, con médicos, hospitales y farmacias en México,

¹¹⁷ <http://www.christusmuguerza.com.mx>

¹¹⁸ <http://www.internationalhospital.com/>

- La diferente regulación y menor supervisión en México que permite a los visitantes californianos obtener tratamientos o medicinas no disponibles en sus estados por causas como que están controlados, prohibidos o no disponibles,
- La mayor especialización y calidad alcanzada en México y más facilidades en los viajes internacionales.

En el caso de Nuevo León, la ciudad de Monterrey se ha convertido en un centro receptor para la atención médica, atendiendo pacientes nacionales y extranjeros. En el año 2006 se firmó el acta constitutiva de la asociación civil Monterrey Ciudad de la Salud, un clúster¹¹⁹ que para diciembre de 2011 estaba integrado por hospitales públicos y privados, instituciones del gobierno y educativas con programas en salud¹²⁰:

Hospitales privados:

- Clínica Vitro
- Oca Hospital
- Doctors Hospital (de Grupo OCA)
- Hospital de Ginecología y Obstetricia (GINEQUITO)
- Hospital San José Tec de Monterrey
- Grupo Christus Muguerza
- Centro Internacional de Medicina CIMA Monterrey
- Hospital La Carlota
- Servicios Integrales Nova de Monterrey
- Clínica Cuauhtémoc y Famosa
- La Casa del Diente
- Centro Médico Zambarno Hellion

Hospitales públicos:

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- Instituto de la Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- Hospital Universitario de la Facultad de Medicina de la UANL

Instituciones educativas:

- Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM)

¹¹⁹ Agrupación de compañías, empresas, industrias relacionadas, proveedores y universidades que compiten en campos particulares pero también cooperan y coinciden en una misma región geográfica y que son promovidas por el gobierno, con la finalidad de impulsar el desarrollo socioeconómico del sector.

¹²⁰ <http://www.monterreyciudaddeasalud.com/>

- Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL)
- Universidad de Morelos
- Universidad de Monterrey (UDEM)

Estos hospitales están acreditados nacional e internacionalmente, por el Consejo de Salubridad General y algunos de ellos por la Joint Commission International (JCI), y equipados con los más recientes avances tecnológicos.

Asimismo, a finales del 2011 se inauguró el Centro Médico Zambardo Hellion, del Sistema Tecnológico de Monterrey, aumentando la oferta de servicios de salud de alta calidad en el estado.

Esto ha generado una expectativa de inseguridad entre los médicos que practican en el sector privado, ya que muchos de estos médicos, a fin de asegurar demanda para sus servicios, son contratados por aseguradoras o instituciones prestadoras, las cuales utilizan como uno de sus mecanismos de reducción de costos, el pago a los médicos así como una intensa restricción en el tipo de procedimientos que aplican y de medicamentos que prescriben (Nigenda, Ruiz y Montes, 2001). Estas empresas literalmente proletarizaron y ahogaron en papelera a los médicos, quitándoles la autonomía de sus decisiones clínicas, mismas que van a parar a los escritorios de administradores de empresas, por lo que milenaria lealtad del médico hacia su paciente se desvía, socavándose la relación médico-paciente (Kretschmer, 2003), mientras que se deja el enriquecimiento a las empresas médicas y aseguradoras (Laurell (s/f) transnacionales.

Continuando con las reformas en el sector de la salud, en el sexenio 1994-2000 se vivió una fase de continuidad y profundización a través de dos formas:

- la transformación de la seguridad social mediante las modificaciones a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social;

- y la reorganización de los servicios que atienden a la población no derechohabiente, contenidas en la propuesta de reforma del sector salud 1995-2000¹²¹ (López y Blanco, 2001).

En el primer caso, la nueva Ley del Seguro Social de 1995, que entró en vigor en el 2007, eliminó al IMSS como único responsable de la administración de fondos y pagador de las pensiones, agregando en esta tarea también a las Administradoras de Fondos de Retiro (Afores) y a las aseguradoras, legalizó la administración y el control privado sobre los fondos de pensiones y sentó las bases para la transferencia masiva de fondos del sector público al privado. Además, fortaleció los grupos financieros y la mercantilización del sistema de pensiones (Laurell, 1996). Las leyes de seguridad social liberaron grandes cantidades de dinero relacionadas con las pensiones y cesantías de los trabajadores en uno de los procesos más significativos en los pasos para la privatización de los derechos sociales (Rico Velasco 1997).

Con esto, la concepción constitucional pública, solidaria e integral, de la seguridad social, fue sustituida por una concepción individualista con una fuerte tendencia privatizadora (De Buen, 1996).

Asimismo, el IMSS y la SSA establecieron mecanismos internos para consolidar el financiamiento del sector de la salud. En el IMSS se creó el Fondo de Seguridad Social para la Salud y en la SSA el Fondo de Contribuciones para los Servicios de Salud, siendo esta medida el mecanismo para la separación del proveedor de servicios y el consumidor, aumentando con ello la oportunidad de la participación del sector privado en la provisión de servicios de salud (Giugale, et al, 2001).

Además, la reforma del IMSS planteó la modernización de sus procesos administrativos e infraestructura, a través de concertaciones y convenios con organismos internacionales, obteniendo

¹²¹ Publicado en marzo de 1996 en el Diario Oficial de la Federación.

un paquete financiero que les permitiera disponer en el nuevo siglo con recursos para la salud suficientes (Juan López, 2002).

En el segundo caso, se inició la segunda etapa de la descentralización de los servicios de salud para la población abierta, que se le llamó “nuevo federalismo” (Infante, 2000). Se presentó como una de las estrategias principales del Programa de Reforma para reducir las deficiencias del centralismo y la desigualdad de la disponibilidad de servicios de salud entre los estados (Merino, s/f y Menéndez, 2005). Para 1997, los acuerdos de descentralización son firmados con todos los estados: 6,132 millones de pesos, 7 mil 400 unidades y 103 mil trabajadores fueron transferidos a los estados (Nigenda y Ruiz, s/f), es decir, el control sobre las clínicas y hospitales de la Secretaría de Salud pasó a manos de los gobiernos estatales (Lakin, 2010).

En términos generales, de 1982 a 1998, se mantuvieron las tendencias en la reducción de los fondos destinados al mantenimiento y abastecimiento de medicinas, equipo e instalaciones. Esto se refleja en la disminución de los recursos per cápita para la atención a la salud de la población con y sin seguridad social y en la caída de los niveles salariales de los trabajadores de la salud. Esta contracción de los fondos públicos ocasionó que disminuyera su capacidad resolutive frente a los problemas de salud/enfermedad. Así mismo, deslegitimó su quehacer frente a la ciudadanía, reforzando las tesis neoliberales de que la ineficiencia, la mala calidad y el burocratismo son características inherentes a los servicios públicos y legitima las propuestas de mercantilización de lo público y de privatización de lo público rentable (López y Blanco, 2001; Merino, s/f y Menéndez, 2005). Además, en este tiempo, contrario al espíritu de un servicio de salud público, se requirieron pagos de bolsillo a los usuarios de los servicios. Estos pagos y los realizados en el sector privado debido a estos problemas, ocasionaron que en el año 2000 entre 2 y 4 millones de personas cayeran en la pobreza como resultado de sus gastos en salud (Lakin, 2010), dejando claro que 20 años después de iniciadas las primeras reformas en el sector de la salud, los beneficios que emanaban de ellas no eran para la sociedad como un todo, ya que se estaba dando una mayor desigualdad en la

distribución del ingreso y de la salud, limitando aún más las capacidades y libertades de las personas. De acuerdo a Murayama (2012), del total de gasto en salud en el 2003, el 46.4% provenían del Estado, el 3.1% del prepago y el 50.5% de lo que se llama “gasto de bolsillo”.

Ante esta situación, queda el camino libre para el surgimiento de sociedades no lucrativas como la Fundación Best A. C., en 1994, encabezada por Víctor González Torres, que establece en el país consultorios médicos de bajo costo orientados a la población de escasos recursos y que con el tiempo se llamaría Fundación del Dr. Simi. A parte de los consultorios de consulta general, se establecieron farmacias que ofrecen medicinas genéricas intercambiables, conocidas como similares, establecimientos para consultas especializadas como nutrición, ópticas, análisis médicos, y odontología, todo a bajo costo. Al 2010, la fundación ha establecido más de 4 mil consultorios en el país otorgando más de 5 millones de consultas al mes, además, tiene presencia en otros países como Guatemala, Chile y España (fundacionbest.org.mx), lo cual, es una muestra de las grandes desigualdades en salud que se han generado y la desatención por parte del Estado a este aspecto esencial para el desarrollo del ser humano.

Por otra parte, en diciembre de 1999 se realizaron reformas a la Ley General de Instituciones y sociedades Mutualistas de Seguros, en donde se tipificaba a las sociedades mutualistas como instituciones de seguros especializadas en salud, cuyo control está sujeto a la normatividad de la SHCP a través de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y a la Secretaría de Salud, con el fin de regular las administradoras de servicios de salud, y garantizar la calidad de los servicios (Juan López, 2002).

Estas acciones también fueron fruto de otras reacciones a nivel internacional como fueron las cumbres mundiales en Favor de la Infancia (Nueva York, 1990), la Conferencia de la ONU de Ambiente y Desarrollo (Río de Janeiro, 1992), la Cumbre del Milenio (Nueva York, 2000) y la Conferencia de Naciones Unidas sobre Desarrollo Sustentable (Johanesburgo, 2002), donde la

suscripción de las correspondientes declaraciones y planes de acción han mejorado diferentes indicadores sobre el bienestar social (Gutiérrez, et al, 2009), entre ellos, la salud.

En el año 2001, el BM emitió el documento “Una Agenda Integral de Desarrollo para la Nueva Era” el cual, entre otras cosas, recomendó a México un cambio en el papel del gobierno frente a los servicios de salud, donde, en lugar de imponer autoridad y control se dedicara más a facilitar el suministro privado, asegurando al mismo tiempo el acceso universal a un paquete básico de salud. Para esto, propuso la creación de un Fondo Nacional de Salud, lo que le permitiría reunir el conjunto de presupuestos de salud federal y estatal y actuar como un poderoso comprador de servicios en forma competitiva a proveedores privados y públicos (Giugale, et al, 2001). Asimismo, sugirió que de los modelos de Organizaciones de Salud Administrada que hay en Estados Unidos los más relevantes para México serían el Medicare¹²² y Medicaid¹²³, los cuales son financiados con fondos públicos pero contratan los servicios de salud del sector privado, y que esta opción abogaba por el establecimiento de un sistema de seguridad social universal en México.

De esta forma, en un principio, en el Plan Nacional de Salud del 2001 se incorporó el objetivo de incrementar el “prepagó” para la salud a través de un programa de seguro. Esta primer noción de un Seguro Popular fue puesta en marcha en el IMSS con el nombre de Seguro de Salud para la Familia, el cual permitía que las personas no cubiertas adquirieran la seguridad social pagando la contribución del trabajador y la del empleador, pero dado el alto costo pocos trabajadores informales se unieron (Lakin, 2010).

Sin embargo, esta idea de fomentar el prepago a través del IMSS tomó un giro poco tiempo después y, en su lugar, se realizó en abril del 2003 una reforma a la Ley General de Salud a favor

¹²² Este sistema de seguro de salud cubre a personas de más de 65 años de edad; a las menores de 65 años que sufren de incapacidad permanente o tienen una discapacidad física congénita; o a aquellos quienes cumplen otros criterios como la etapa final de una enfermedad renal.

¹²³ Es un programa de salud para ciertas personas y familias con bajos ingresos, el cual está financiado por los gobiernos estatal y federal y es administrado por los estados. Entre las personas que reciben este servicio están los ciudadanos o residentes legales, así como personas con ciertas discapacidades.

del derecho a la protección a la salud, permitiendo la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

En el artículo 77 bis 1 de dicha ley se establece:

“Todos los mexicanos tienen el derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgico, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.”

La normativa también señala que como mínimo se deben garantizar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, de consulta externa y hospitalización en especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría y geriatría según el nivel de atención.

El SPSS entró en operación el primero de enero de 2004 con el objetivo de alcanzar la cobertura universal para el año 2010 y el programa operacional de este nuevo sistema fue el Seguro Popular de Salud (SPS), de tal forma que se buscaría que alrededor de 11 millones de familias no aseguradas se afiliaran a este seguro entre 2004 y 2010, dándole preferencia a las de menores ingresos (Knaul and Frenk, 2005), es decir, se buscaba que todos disfrutaran de la libertad en salud.

El Seguro Popular estaba relacionado a la agenda de reforma estructural general del país (Lakin, 2010).

La creación del Seguro Popular implicó un cambio estructural en el sistema de salud del país, pues el anterior sistema de servicio de salud público para los no asegurados fue sustituido por este con la finalidad, entre otras cosas, de elevar el porcentaje del PIB de México que se asigna al gasto en salud, fomentar la cultura de prepago (donde el estado, la federación y la persona son copartícipes en el pago del seguro, aunque los más pobres, es decir, los últimos dos deciles de la distribución del ingreso, no pagan), reducir el gasto de bolsillo en medicinas, garantizar un paquete básico de atención de salud para las personas, formar un fondo nacional para gastos catastróficos y separar el comprador y el proveedor de servicios de salud para motivar la disciplina del mercado. Además, contrariamente a lo que venía sucediendo las dos décadas anteriores, el Seguro Popular se diseñó para recentralizar el control federal sobre el sistema de salud descentralizado y para cambiar la fórmula de distribución de los recursos pretendiendo que favoreciera más a los estados con mayores necesidades de salud (Lakin, 2010). Sin embargo, al hablar de una cobertura universal de salud, debe de implicar que exista una afiliación completa de la población al seguro popular, pero también que haya un acceso efectivo a los bienes y servicios de la salud en todos los lugares, algo que no se cumple (Montiel, s/f), por lo que no existe una equidad en el acceso a la salud..

Algo importante que se debe destacar es que el Programa de Seguro Popular no ha funcionado como se había planteado, pues, por un lado la mayor parte de las personas que se esperaba pagarían por el seguro no lo hicieron y, por el otro, los estados han argumentado que no tienen los recursos para aportar lo que se les pide por cada individuo asegurado, de tal forma que en la práctica el costo lo asume el gobierno federal, quedando subfinanciado y su sostenibilidad de largo plazo amenazada (Lakin, 2010). Además de que el Seguro Popular sólo cubre el 11% de los diagnósticos que se cubren en la Seguridad Social, aparte de que la disponibilidad de medicamentos también varía entre los estados, lo que coincide con los señalamientos de la OMS de que en el 2007,

año en el que ya estaba extendido el Seguro Popular, México fue el país de la OCDE que más incurrió en el gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud, implicando esto una menor equidad en el financiamiento en salud (Murayama, 2012),

Este cambio en el sistema de salud para población no asegurada se puede interpretar como el tránsito de un sistema de servicios de salud público del tipo Beveridge, o del Estado del Bienestar, basado en un acceso universal a los servicios de salud a través del financiamiento público (aunque en los últimos años se cobraban los servicios recibidos), a un sistema de seguridad social del tipo Bismarck, donde las personas deben pagar con anticipación para tener acceso al cuidado de la salud cuando lo requieran (Lakin, 2010 y Foucault, 1974), no obstante, no incluye ninguna otra prestación más que el de la atención de la salud. Su justificación se fundamenta en los principios del mercado pues se creará la competencia, la eficiencia y mejorará la calidad de los servicios prestados. Además, el presupuesto del Seguro Popular permitiría que el gobierno federal actúe como un poderoso comprador de servicios en forma competitiva a proveedores privados y públicos, estando de esta forma totalmente en línea con el pensamiento neoliberal. Asimismo, el Seguro Popular busca cumplir con lo demandado por la sociedad en general de garantizar a la sociedad un mínimo de atención a la salud para todos, aunque no se ha logrado, para facilitar con ello la permanencia del modelo globalizador y evitando a su vez el colapso del mismo.

En el 2006, estas medidas liberalizadoras fueron continuadas, por ejemplo, el documento *México 2030, Proyecto de Gran Visión*, se señala que algunas de las acciones para el tema de la salud para los próximos 20 años serán: separar el financiamiento de la prestación de servicios de atención médica, fortalecer la relación público-privada en el financiamiento y provisión en servicios de salud; así como eficientar el gasto en salud (Presidencia, 2006), aspectos que se venían realizando desde tiempo atrás.

Estos lineamientos vuelven a verse reflejados en el apartado de salud del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 que, entre otras cosas, establece la búsqueda del aseguramiento médico universal, especialmente de la población con mayores carencias, la necesidad de avanzar en la construcción de un sistema integrado de salud y la consolidación del financiamiento de los servicios de alta especialidad con un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos.

Continuando de esta forma con el proyecto de separación del comprador y el proveedor de servicios, así como en la concentración de los recursos de los diferentes servicios de salud en un solo fondo.

En conclusión, el esquema de atención de la salud que predominó durante la etapa de sustitución de importaciones, el cual estaba comprendido principalmente por la seguridad social, los servicios de salud públicos y la atención privada, fue modificado a partir de los años 80 por las políticas neoliberales aplicadas al país a raíz de la crisis de deuda de 1982, dejando esto como resultado la desaparición de los servicios de salud públicos y el predominio de la seguridad social y la atención privada los cuales a la vez son los mecanismos que se utilizan para dar cumplimiento a la reforma del artículo 4º. Constitucional donde el Estado reconoce la protección a la salud como un derecho de todos.

Ante estas circunstancias, la práctica social de la salud pública está tendiendo a desaparecer y la atención a la salud se ha reorganizado como un mercado (Rico Velasco, 1997). Con el predominio de este tipo de prestadores de servicios, donde el comprador y el proveedor de los servicios de salud están separados, se ha dado espacio para que crezca el sector privado y se beneficie. Además, las reformas al sector de la salud también tuvieron como consecuencia la liberación de los recursos de las pensiones y cesantías de los trabajadores aumentando las ganancias de los grupos financieros. Por lo anterior, el sector salud entró en un proceso de privatización, es

decir, con una cada vez mayor participación del sector privado en la prestación de servicios, de tal manera que el paradigma que resulta a la larga es concentrador y excluyente (Dávila, s/f).

Otro cambio fundamental que se dio con la crisis y las reformas realizadas en el sector de la salud y en la economía en general fue la transformación de la concepción de la población en torno al proceso salud/enfermedad/atención, pues la salud dejó de tener un carácter de derecho universal, de cuyo cumplimiento el Estado era responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir. Con esto, la salud dejó de ser un bien público para convertirse en privado (Iriart, et al 2000 y Rico-Velasco, 1997), pues el sistema está tendiendo a que todos estemos incluidos en la seguridad social donde para poder tener acceso a la prestación habrá que pagar por anticipado, además de que habrá que considerar que no todas las necesidades de salud se encuentran dentro del seguro adquirido por lo que probablemente se necesitarán hacer pagos adicionales.

Estos cambios en el sistema de salud traerán beneficios a la sociedad al poderse atender sin tener que desembolsar dinero en el momento de la atención (a menos de que sea un servicio que esté fuera del paquete básico); sin embargo, el mayor beneficio lo obtienen las grandes empresas, como las aseguradoras y las farmacéuticas pues, como señala Foucault (1974), la industria farmacéutica está sostenida por el financiamiento colectivo de la salud y la enfermedad, por mediación de las instituciones del seguro social que obtienen fondos de las personas que obligatoriamente deben protegerse contra las enfermedades. En el caso de los médicos, bajo este esquema, éstos se han convertido en intermediarios entre la industria farmacéutica y la demanda del cliente, es decir, en simple distribuidores de medicamentos y medicación, pues la remuneración que reciben, por importante que sea, no representa nada en los beneficios económicos derivados de la enfermedad y la salud para el gran capital.

Además, las reformas aplicadas al sector de la salud coinciden con los argumentos expuestos por Gutiérrez Garza (2003), de que las políticas neoliberales fueron impuestas en los

países en desarrollo con el propósito de resolver los principales problemas económicos de los países desarrollados, tales como: la ampliación de los mercados de las empresas transnacionales (a través de la apertura comercial y de la inversión extranjera); la valorización y capitalización de los fondos de pensión (mediante el impulso de la liberalización financiera para activar el libre flujo de capitales); y la garantía del pago de la deuda externa; siendo de esta manera el sector de la salud uno de los tantos sectores de la economía propicio para lograr esto.

En este contexto, los planteamientos sobre la protección a la salud como derecho universal se desvirtúan al subordinarse la política social al proyecto de restructuración económica y al prevalecer la lógica neoliberal en la conformación del Sistema Nacional de Salud (López y Blanco; 2001), lo que va en detrimento de la ampliación de las libertades de los individuos.

Asimismo, considerando que México no tiene los recursos necesarios para sostener un programa de salud universal en el largo plazo, como lo es el Seguro Popular, se podría pensar que para mantenerlo habría que estar de manera permanente dependiendo de los préstamos internacionales, algo que mantendría de forma indefinida la condición de dependencia entre nuestro país y el BM u otros organismos internacionales, así como su influencia en la determinación de las decisiones de política de salud en el país y quizás en otros temas.

No obstante, la reforma constitucional sobre el derecho a la protección de la salud, el compromiso de Alma Ata de 1978, los Objetivos del Milenio y las nuevas propuestas teóricas como el Desarrollo Humano han jugado un papel fundamental para presionar por asegurar un mínimo de atención de la salud para los más pobres, para todos, para de esta forma (como señala Sen (2000)) las personas gocen de una de las libertades principales como ser humano y puedan así aspirar hacer o ser lo que más valoran.

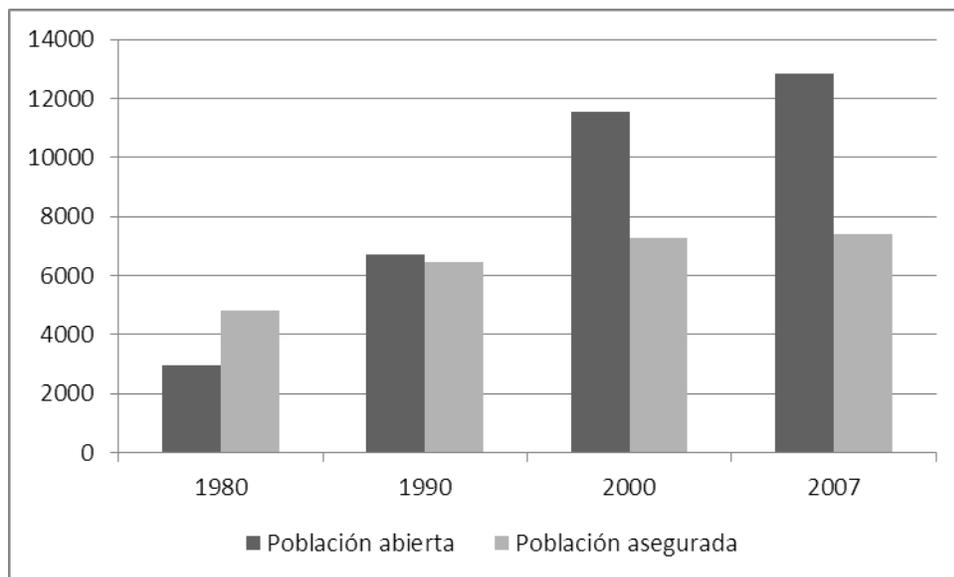
5. Hacia un empeoramiento de las libertades instrumentales en salud: Algunas estadísticas en el sector público y privado

Sector de salud público

México

Ante las reformas aplicadas desde la década de los 80, la composición del sector de la salud en México se ha modificado de manera significativa, pues siguiendo con lo expuesto anteriormente, se puede observar que el Estado concentró sus esfuerzos en ofrecer la atención de salud primaria, ya que el número de unidades médicas destinadas a atender a la población abierta, es decir, a ofrecer la atención básica, se incrementó de manera significativa con relación a las unidades médicas encargadas del cuidado de la salud de los trabajadores asegurados y sus familias (Gráfica 19).

Gráfica 19. Unidades médicas según tipo de cobertura de usuario. México 1980-2007



Fuente: INEGI (2009).

En 1980 las unidades médicas que cubrían a la población abierta o no asegurada, integradas por la SSA, IMSS-Coplamar o IMSS-Solidaridad o IMSS-Oportunidades y servicios universitarios, sumaban 2 mil 952 unidades, de las cuales 2 mil 847 eran unidades de consulta externa, es decir, el

96% y 105 hospitales (4%). Para el año 2007, el total de unidades médicas pasó a 12 mil 857, de las cuales 12 mil 234 eran de consulta externa y 623 hospitales, representando el 95% y 5%, respectivamente, del total. En este periodo, de 1980 al 2007, el total de unidades médicas para la población abierta amentó en 9 mil 905 unidades, es decir un 336%.

En el caso de las unidades médicas de las instituciones de seguridad social, integradas por el IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX; también se incrementaron pero a un paso mucho más lento. En 1980 las unidades médicas eran 4 mil 815, de las cuales 4 mil 478 eran de consulta externa, un 93% y 337 eran hospitales, un 7%; mientras que para el 2007 el total de unidades médicas se había incrementado un 54% a 7 mil 407 unidades, donde 6 mil 901 eran de consulta externa y 506 eran hospitales, manteniéndose las mismas proporciones de 93% y 7%, respectivamente del total. Este incremento de 2 mil 820 unidades médicas en la seguridad social se distribuyó de la siguiente manera: 2 mil 375 unidades de consulta externa y 119 hospitales fueron del IMSS, 199 unidades de consulta externa y 52 hospitales del ISSSTE, 58 unidades de consulta externa médicas y 9 hospitales de PEMEX y en SEMAR se registró una disminución de 5 unidades médicas y un aumento de 13 hospitales.

Vale la pena señalar que en 1980 las unidades de la seguridad social superaban en un 60% a las de la población abierta, pero al paso del tiempo, esta tendencia se revirtió, pues estas últimas se incrementaron fuertemente hasta el grado de superar en un 43% a las de la seguridad social en el 2007.

Con relación al personal ocupado, la cantidad de médicos en las instituciones de atención a personas no aseguradas se incrementó un 273% en el periodo de 1980 al 2007, al pasar de 19 mil 927 médicos a 74 mil 233, mientras que los de las instituciones de seguridad social aumentaron 136% durante ese tiempo pasando de 41 mil 157 médicos a 96 mil 960, es decir 55 mil 803 más, por

lo que se puede concluir que las reformas propiciaron un incremento en el empleo de médicos en el sector público.

Además, el número de personas por médico se ha equilibrado entre ambos tipos de atención, ya que en 1980, en promedio, cada médico que atendía a la población abierta le correspondían 1,810 personas y para el 2000 la cantidad bajó a 705; mientras que en el caso de los médicos de la seguridad social el promedio era de 750 en 1980 y de 686 en el 2000.

Durante el periodo considerado, la proporción de la población abierta dentro del total de la población se ha venido reduciendo, pasando de un 54% en 1980 a un 39% en el año 2000, sin embargo, en términos absolutos la cantidad de personas dentro de este segmento de atención ha sido muy similar, de entre 33 y 38 millones de personas, lo que podría explicarse por la gran cantidad de personas que no tienen acceso a la seguridad social debido a que trabajan en el sector informal, no tienen empleo o viven en el área rural. Los habitantes del campo fueron una población en cierta forma beneficiada con las políticas y reformas sociales de los años 70, elevando su presencia en la seguridad social, pero a partir de 1982 esto cambió dándose una reducción absoluta en el total de derechoahabientes del IMSS, al grado de que en 1994, el 95.4% de los beneficiarios provino del ámbito urbano (Ordóñez, 2002). No obstante, hay que señalar que para el 2007 21.8 millones de personas que formaban parte de la población abierta se integraron al Seguro Popular, disminuyendo significativamente la cantidad de personas sin acceso a la salud, aunque no se considera la calidad de los servicios recibidos.

La cantidad de paramédicos también se incrementó en el periodo, especialmente en las instituciones orientadas a la población abierta, pues de 1980 a 2007 se registró un aumento de 560% al pasar de 23 mil 770 a 156 mil 350 paramédicos; mientras que en el caso de las instituciones de seguridad social el aumento en el periodo fue de un 200% pasando de 78 mil 281 a 235 mil 859 en el 2007.

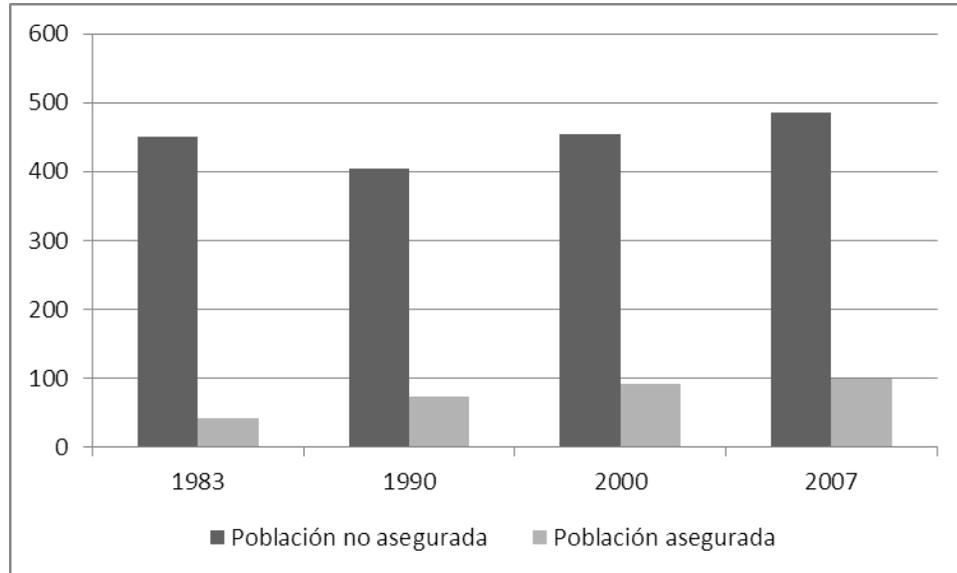
En 1980 había en promedio 1 mil 517 personas por paramédico en el sistema de salud para la población abierta y para el 2000 se redujo a 409 personas por paramédico; en el caso de la seguridad social la situación de los paramédicos respecto al número promedio de personas no ha cambiado mucho, sin embargo, se encuentran en una mejor situación que los de la población no asegurada, ya que en 1980 había 393 derechohabientes por paramédico y para el 2000 el número era de 348 derechohabientes.

De esta manera, se puede señalar que durante este periodo de fuertes cambios estructurales se ha dado un incremento en la infraestructura y recursos humanos del sector público de la salud y de la seguridad social, siendo mayor el crecimiento observado en los servicios de salud orientados a la población abierta, los cuales se concentran en la prestación de los servicios de atención primaria de salud. Con relación a la cobertura, esta se ha incrementado especialmente en los últimos años coincidiendo con la entrada en vigor del Seguro Popular ayudando a avanzar en la equidad en salud, aunque la calidad de los mismos deje mucho que desear, y orientándose hacia la cobertura universal de la atención básica. No obstante, podría estar contribuyendo a ampliar el fenómeno del empleo informal (Gutiérrez Garza, et al 2009). A pesar del avance que ha mostrado la incorporación de la población al programa del Seguro Popular, éste tiene sus limitantes, debido a que, entre otras cosas, es un programa de prepago y su financiamiento es tripartito (proviene del gobierno federal, el gobierno estatal y de las familias), por lo que el servicio puede ser suspendido cuando el afiliado no pague anticipadamente, por lo que continúa siendo un programa inequitativo pues si no hay ingresos para realizar el pago no se tiene derecho a la atención, afectando especialmente a lo no pobres, quienes no califican para el régimen no contributivo por no pertenecer a los primeros dos deciles de ingreso, esto, sin considerar los problemas de la calidad de los servicios recibidos, el desabasto de medicina y demás, por lo que no se puede hablar de una mejora de las capacidades y libertades de las personas a través de los servicios de salud luego de los cambios sectoriales realizados en las últimas décadas.

Nuevo León

Contrario a lo observado a nivel nacional, en el caso de Nuevo León la cantidad de unidades médicas orientadas a la población abierta no cambió mucho durante el periodo 1983-2007 (Gráfica 20).

Gráfica 20. Unidades médicas según tipo de usuario, Nuevo León 1983-2007



Fuente: SS (2007) e INEGI (2008).

Los datos para población asegurada de 1983 solo incluyen al IMSS.

En 1990¹²⁴ en la entidad existían 405 unidades médicas para atender a la población abierta y para 2007 eran 486, es decir, hubo un aumento de 81 unidades en el periodo (un alza de 20%). En el caso de las unidades médicas para población asegurada el incremento fue de un 35% al pasar de 74 a 100 unidades médicas entre 1990 y el 2007, es decir, se crearon 26 unidades médicas más.

Del total de unidades médicas del sector público en el estado durante 1990, el 15% correspondían a la seguridad social y el restante 85% a las unidades médicas para población abierta; mientras que para el 2007 las proporciones eran de 17% y 83%, respectivamente.

¹²⁴ Se considera a 1990 como el punto de comparación porque los datos para la población asegurada de 1983 solo tienen información del IMSS.

Sin embargo, con relación a la población usuaria, las unidades médicas orientadas a la población abierta han visto incrementada la cantidad de usuarios pues, en 1990 había 2 mil 530 usuarios por unidad médica en promedio y en el 2005 se elevó a 3 mil 110 usuarios. En el caso de las unidades médicas para la población asegurada, el número de asegurados por unidad disminuyó ligeramente al pasar de 39 mil 463 asegurados por unidad médica en 1990 a 31 mil 963 asegurados en el 2005. Con relación al personal ocupado, la cantidad de médicos en las instituciones de atención a personas no aseguradas en el estado se incrementó un 40% en el periodo de 1990 al 2007, al pasar de 1 mil 500 médicos a 2 mil 103; mientras que en las instituciones de seguridad social la cantidad de médicos aumentó 80%, pasando de 2 mil 474 médicos a 4 mil 460, es decir, 1 mil 986 más. No obstante, el número de usuarios por médico en 1990 era de 683 para el personal de las instituciones que atendían a la población abierta y de 1 mil 180 usuarios para los médicos de la seguridad social; en el 2000 las cifras se modificaron a 761 y 756 usuarios por médico, respectivamente; y para el 2005 en la seguridad social la razón era de 666 usuarios por médico.

Una cosa que es importante señalar es que la proporción de la población usuaria no asegurada ha venido aumentando a través del tiempo pasando de un 26% en 1990 a un 36% en el año 2005, lo cual sugiere que la seguridad social ya no está ampliando su cobertura como lo venía haciendo, que muchos de los empleos que se están creando son informales por lo que no ofrecen la prestación de la seguridad social a sus trabajadores¹²⁵, además del desempleo existente.

La cantidad de paramédicos en el año 2000 en las instituciones orientadas a la población abierta era de 2 mil 627 paramédicos; mientras que en las instituciones de seguridad social se incrementó de 4 mil 981 en 1990 a 6 mil 520 en el 2000. Esto es, en el año 2000 correspondían en promedio 464 personas por paramédico en las instituciones de salud para la población abierta; mientras que

¹²⁵ No obstante, las cifras no señalan de manera explícita si está incluido el Seguro Popular.

en el sistema de seguridad social las proporciones eran de 586 y 498 personas por paramédico en los años 1990 y 2000, respectivamente, cantidades muy similares a las observadas a nivel nacional.

Por lo que, en el caso de Nuevo León el crecimiento observado en las unidades médicas tanto para población abierta como para asegurados fue mucho menor que el observado a nivel nacional, sugiriendo esto que la creación de nuevas unidades médicas estuvo concentrada en otras áreas del país. Sin embargo, el aumento en la población abierta muestra que el trabajo informal en el estado es alto, lo que se podría interpretar como que en ese periodo se amplió la desigualdad en el acceso a la salud, implicando esto la limitación de las capacidades y libertades de los individuos.

Sector de salud privado

México

Con relación al sector de salud privado, es importante señalar que no se encuentra información disponible para años previos pero, se puede observar que este se encuentra en crecimiento en el país, pues en el 2001¹²⁶ había 2 mil 822 establecimientos de servicios de salud; mientras que para el 2007 se incrementaron a 3 mil 141 establecimientos, es decir, en seis años se dio un incremento de 319 unidades de salud, un crecimiento del 11%. Cabe destacar que no existe información disponible para el sector privado para años anteriores al 2001, es por ello que las cifras a las que se hace referencia son a partir de ese año.

Con relación al personal médico que labora en este sector, en el 2001 sumaban 39 mil 170 médicos (de los cuales 20% eran médicos generales, 73% especialistas y el resto otras labores) y 33 mil 070 paramédicos; mientras que para el 2007 la cifra se elevó a 64 mil 996 médicos (15% médicos generales, 79% especialistas y el resto de otras labores), un crecimiento del 66% en el periodo. Asimismo, los datos muestran que del total de médicos en el 2007 solamente el 19% se encuentran en nómina y el 81% restante laboran en acuerdo especial, es decir, a través de cobertura

¹²⁶ Con base en información del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

pagada por anticipado por los clientes a las aseguradoras. Los paramédicos sumaron 43 mil 035 este último año.

Nuevo León

En Nuevo León, el sector privado también crece de manera importante, pues el número de establecimientos pasó de 48 en el 2001 a 64 en el 2007, un crecimiento del 33%, siendo uno de los estados que cuenta con más hospitales con 50 ó más camas censables.

Con relación al personal médico que labora en este sector, en el 2001 sumaban 1 mil 176 médicos (de los cuales el 16% eran médicos generales, 63% especialistas y el resto de otras labores) y 2 mil 835 paramédicos; mientras que para el 2007 la cifra se elevó a 10 mil 180 médicos (ahora solamente el 2% son médicos generales, 94% especialistas y el resto otras labores), un crecimiento del 766%. Asimismo, los datos muestran que del total de médicos en el 2007, solamente el 5% se encuentran en nómina y el 95% laboran en acuerdo especial. Los paramédicos sumaron 3 mil 710 este último año.

En conclusión, de acuerdo a las estadísticas, el sector privado ha resultado ser uno de los beneficiados con la serie de cambios estructurales que se han venido realizando desde principios de 1980, también se puede observar que se han orientado a la atención médica especializada, lo que coincide con las recomendaciones hechas por el BM desde 1987. Este fenómeno está todavía mucho más acentuado en el estado de Nuevo León, probablemente también por las características económicas del propio estado, así como por las bondades geográficas, de infraestructura que permiten además promover el turismo médico y el lento crecimiento observado en la infraestructura de servicios de salud públicos y de la seguridad social, ya que en la entidad en el 2007 la cantidad de médicos en el sector privado representa un poco más del doble de los médicos en la seguridad social y cinco veces los médicos que hay en los servicios de salud para los no asegurados; mientras que en el caso del país, la cantidad de médicos en el sector privado representa el 67% del total de

médicos en la seguridad social y el 88% del total de médicos en los servicios de salud para población abierta. No obstante, es importante señalar que la información estadística del sector de salud privado es escasa, pues es muy poca la información histórica.

6. Conclusión

En esta revisión que se ha realizado para tener una idea general sobre cuáles han sido algunos de los hechos importantes que han ocurrido en la atención a la salud a través del tiempo y su influencia en las capacidades y libertades de los individuos, se ha encontrado que esta se ha mantenido en constante cambio, donde, cada etapa revisada tiene sus rasgos particulares. Por ejemplo, en la primera etapa el encuentro de la cultura española con la prehispánica marca el inicio de las transformaciones en los servicios de salud pues se produce una aculturación, fusionándose las prácticas médicas prehispánicas con las españolas; posteriormente, una serie de eventos ocurridos en el siglo XIX, como la Independencia de México, deja de lado el modelo de medicina español del hospital-convento y se toma el francés surgiendo con ello los hospitales universitarios; además, en el siglo XX la Revolución marca un nuevo cambio cuando en 1917 se dan los primeros pasos hacia la institucionalización de la prestación de los servicios de salud en el país en la Constitución Mexicana. No obstante, al inicio de esta etapa de la historia del país, los servicios de salud se encontraban desarticulados, es decir, la presencia del Estado aún no era significativa, por lo que las instituciones de beneficencia y el sector privado médico, es decir, la profesión liberal de los médicos, predominaba en la sociedad mexicana, así como la medicina herbolaria, de tal forma que la relación entre médico y paciente se daba a través de la consulta personal y en muchos casos mediante un pago directamente del bolsillo por cada servicio prestado (Nigenda, et al, s/f), por lo que se podría decir que en esa época el acceso al cuidado de la salud estaba al alcance solamente de quienes podían pagar por él, por lo que la salud como libertad instrumental era incipiente. No obstante estos cambios, el ejercicio de la medicina herbolaria se ha mantenido en el país, incluso

hasta nuestros días, probablemente debido a nuestras raíces prehispánicas pero quizás también por la imposibilidad de muchos de pagar lo que se requería para obtener la atención médica o por no tener instituciones cercanas a dónde acudir. Además, en la última parte de este periodo, cuando las relaciones comerciales entre países y continentes han crecido significativamente, se inicia la colaboración internacional en la salud, donde México también participa. Asimismo, las discusiones que comienzan a darse a nivel internacional sobre la seguridad social empiezan a causar efecto en las políticas sociales del país allanándose el camino hacia lograr en el futuro el acceso universal de los servicios de salud.

En la segunda etapa, el sector de la salud experimentó un fuerte crecimiento y nuevas transformaciones estructurales, pasando de ser un sector desarticulado a un sector segmentado en: sector público (la seguridad social y la asistencia a población no asegurada, caracterizado por ser un sistema articulado) y sector privado (las diferentes unidades médicas se encuentran desarticuladas). Además, el surgimiento de los servicios de salud públicos tuvo diferentes causas, entre ellas, el derecho constitucional, diferentes fenómenos internacionales y el cambio de visión a cerca del concepto de salud, pues deja de ser algo que cada uno debe cuidar para pasar a ser algo que el Estado debe otorgar a la población para de esta manera lograr una sociedad más incluyente. De esta forma, en esta época se da una franca ampliación en las capacidades y libertades de las personas a través de un mayor acceso a la salud, sin lograrse aún una cobertura universal.

Estas transformaciones que se dieron en la prestación de servicios de la salud, ocasionaron también un cambio en la profesión del médico al dejar de ser liberal para pasar a ser colectivo, asimismo se da un fuerte crecimiento del empleo de la mujer en el sector, a través de la enfermería y una mayor cobertura en salud para la población: No obstante, la ampliación del concepto de salud comienza a dejar el papel del médico en una posición menos relevante frente al paciente.

Las diferentes crisis que se presentan durante la última década de este periodo hacen que surjan inquietudes sobre la necesidad de un cambio de modelo económico, lo cual se realiza en la siguiente década, afectando de manera significativa el sistema de salud que hasta ese momento funcionaba en el país.

En la tercera etapa, el sistema de salud en México sufre grandes transformaciones desde inicios de la década de los 80, motivadas por las reformas aplicadas de manera particular al sector de la salud y por las reformas estructurales aplicadas a la economía en general no obstante, ese proceso no ha terminado.

El sistema de salud del país pasó de ser un sistema centralizado y triplemente segmentado en seguridad social, asistencia social para la población abierta y servicios privados, a un sistema conformado por el seguro social (incluido el seguro popular) y el sector privado, tanto nacional como extranjero, los cuales juegan un papel muy importante en la prestación de los servicios, con la finalidad de lograr el la cobertura universal de salud.

Otro cambio fundamental que se dio durante este periodo fue la separación del proveedor y comprador de los servicios de salud, con la finalidad de permitir el juego entre demanda y oferta.

Asimismo, se ha transformado la concepción en torno al proceso salud/enfermedad/atención, pues la salud dejó de tener un carácter de derecho universal, de cuyo cumplimiento el Estado era responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir. Con esto, la salud dejó de ser un bien público para convertirse en privado (Iriart, et al, 2000 y Rico-Velasco, 1997), ya que el sistema está tendiendo a que todos estemos incluidos en la seguridad social donde para poder tener acceso a la prestación habrá que pagar por anticipado, además de que habrá que considerar que no todas las necesidad de salud se encuentran dentro del seguro adquirido por lo que probablemente se necesitarán hacer pagos adicionales.

En este contexto, los planteamientos sobre la protección a la salud como derecho universal se desvirtúan al desaparecer los servicios de salud públicos, subordinarse la política social al proyecto de restructuración económica y al prevalecer la lógica neoliberal en la conformación del Sistema Nacional de Salud (López y Blanco, 2001 y Montiel, s/f).

Todos estos cambios han llevado a una mayor ocupación de personas especializadas en los cuidados de la salud, tanto médicos como paramédicos, es decir, de personal altamente calificado¹²⁷ así como a la reducción de la práctica profesional independiente; por lo que se podría concluir que las reformas aplicadas llevaron a que la sociedad del conocimiento esté siendo aprovechada para aumentar las ganancias del gran capital y no de quienes poseen el conocimiento.

Lo anterior se traduce en un debilitamiento en las libertades instrumentales de los servicios de salud, resultando en mayores privaciones de los individuos para vivir mejor, así como para participar de una manera más activa en otros aspectos de la vida en sociedad.

Este es, de manera general, el panorama bajo el cual se han desarrollado las condiciones instrumentales para la atención de la salud que actualmente existe en el país, sin embargo, aún falta conocer de qué manera ha afectado el modelo neoliberal las condiciones laborales de otra parte muy importante dentro de este grupo de aspectos instrumentales de la salud: los médicos y las enfermeras.

Para conocer si las condiciones laborales tanto de médicos como de paramédicos o enfermeras han mejorado o no con las reformas realizadas en el sector de la salud bajo el modelo neoliberal, en el siguiente capítulo se presentará una propuesta para medir la calidad del empleo a través del enfoque de trabajo decente de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

¹²⁷ Dado que incluso los médicos en el sector privado reciben el pago por sus servicios en base a un tabulador ya establecido por las aseguradoras.

CAPÍTULO 4. EL TRABAJO DECENTE, UNA LIBERTAD CONSTITUTIVA PARA EL DESARROLLO DE LAS LIBERTADES INDIVIDUALES: MARCO CONCEPTUAL, METODOLÓGICO Y SUS RESULTADOS

Introducción

Una vez que se ha hecho una revisión sobre cómo han evolucionado las libertades instrumentales en el sector de los servicios en el país y el estado de Nuevo León y, de manera particular, el proceso de transformación de las libertades instrumentales del sector de la salud para hacer efectiva la protección de la salud, la cual constituye una de las libertades constitutivas del ser humano necesarias para ser y poder hacer lo que más valoramos (Sen, 2000); queda por responder preguntas como ¿cuáles son las condiciones de trabajo decente en el contexto de las condiciones instrumentales de la salud en México y Nuevo León? y ¿de qué manera se expresa esto?

Para conocer cómo se han modificado las condiciones laborales tanto de médicos como de paramédicos o enfermeras en el sector de la salud durante el proceso globalizador de la economía, se ha realizado el presente capítulo el cual se integra por seis apartados:

1. La globalización y sus efectos en el mercado laboral: hacia un detrimento de las libertades y capacidades de los trabajadores.
2. El trabajo decente, una propuesta para garantizar el desarrollo de las capacidades y libertades de los trabajadores.
3. Desarrollo conceptual y metodológico para la creación del Índice de Trabajo Decente.
4. El trabajo decente como referente de las libertades constitutivas de los individuos
5. El trabajo decente, libertad constitutiva e instrumental: el caso de los médicos y enfermeras del sector de la salud.
6. Conclusión.

1. La globalización y sus efectos en el mercado laboral: hacia un detrimento de las libertades de los trabajadores

Como se analizó anteriormente, la globalización económica —que tiene que ver, entre otras cosas, con la eliminación de las barreras al libre comercio y la mayor integración de las economías nacionales (Stiglitz, 2006)— es un fenómeno contemporáneo que se registra desde principios de la década de los ochenta y constituye una de las respuestas a la crisis del régimen de acumulación ford-taylorista de Estados Unidos. Esta crisis, que aparece a finales de los setenta, puede abordarse desde dos perspectivas. Por un lado, aparece el agotamiento del mercado interno y por el otro, la caída de la productividad del sistema productivo ford-taylorista.

El agotamiento del mercado interno se presenta desde principios de los años setenta. Tras cinco décadas de crecimiento virtuoso, caracterizado por la producción en masa (a gran escala), la distribución progresiva del ingreso y la creciente capacidad de compra de los estadounidenses, llegó el momento en que la gran mayoría de las familias contaban con el automóvil y los electrodomésticos, que constituían las mercancías prototipo del régimen de acumulación fordista (Piore y Sabel, 1990). Por lo anterior, era imperiosa la necesidad de abandonar las medidas proteccionistas para dirigirse a otros mercados constituidos por las clases medias y altas en el mundo.

Por su parte, la crisis del sistema productivo ford-taylorista —fundamentado en una concepción tecnológica de fragmentación de las tareas simples y la rigidez en la ejecución de éstas, capaces de ser medidas por un cronómetro— condujo a la caída de la productividad que se vio evidenciada por la emergencia de un nuevo sistema productivo basado en la flexibilidad, el trabajo complejo y la incorporación de la microelectrónica y la robótica en el sistema de máquinas. Este nuevo modelo socioproductivo, que se evidenció desde principios de los setenta, nació en Japón; por muchos autores fue nombrado como el “toyotismo” y por otros como el “ohnismo” (De Montmollin y Pastré, 1984; Coriat, 1984, 1993; Ohno, 1989; Gutiérrez, 1990); así, logró

constituirse en el actual paradigma socioprodutivo que se ha extendido en todo el sistema de producción de manufacturas en el mundo.

Ambas realidades condujeron a las grandes empresas y conglomerados globales estadounidenses a impulsar una nueva era, transitando del proteccionismo hacia la globalización económica. En efecto, esta etapa ha estado caracterizada por el abandono de las políticas proteccionistas y, en su lugar, la apertura de los mercados, el aumento de la interdependencia económica, la emergencia de nuevas tecnologías automatizadas de la información y la comunicación incorporadas al sistema de máquinas y los negocios, la flexibilidad del mercado de trabajo¹²⁸, la liberalización financiera y una tendencia hacia la homologación de las políticas macroeconómicas conocidas como el Decálogo del Consenso de Washington (Ramos, 2003; Guillén, 1997) que, en los hechos, cuestionan la soberanía de las naciones en la definición de sus políticas económicas.

La globalización económica rinde tributo a la tesis de la teoría neoclásica del comercio internacional que supone una correlación positiva entre la liberalización comercial y el desarrollo económico de los países involucrados; es decir, se estaría frente a un proceso donde la apertura económica detona el crecimiento económico y del empleo, beneficiando a todas las naciones, además de que se maximizará la producción mundial (Todaro, 1987), es decir, sería un proceso que se traduciría en una ampliación de las capacidades de los individuos y las sociedades involucradas.

Sin embargo, la globalización económica ha abierto el camino a grandes debates y confrontaciones en torno a los efectos positivos y negativos que ha tenido para los países emergentes y en desarrollo. Grandes organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Organización Mundial

¹²⁸ En este proceso de globalización, de competencia y lucha por nuevos mercados la noción de “flexibilidad” juega un papel importante, teniendo al menos tres significados: la flexibilidad funcional, que se refiere a la organización productiva; la flexibilidad de pago, referida al aumento de competencia entre los trabajadores individuales por medio de diferentes formas de retribución laboral; y la flexibilidad en el empleo (o flexibilidad numérica) que se refiere a la fragmentación de los puestos y jornadas de trabajo, así como a la subcontratación (Salas, 2000).

del Comercio, fueron los líderes que impulsaron el neoliberalismo económico en gran parte del planeta.

No obstante la globalización ha dejado muchas cosas buenas como un mayor comercio entre países, un mayor flujo de inversión extranjera, la globalización de ideas como la democracia y la participación civil; para millones de personas la globalización no ha funcionado pues su situación ha empeorado debido al aumento del desempleo, la caída en sus nivel de vida, la pérdida de soberanía de los países, entre otras cosas (Stiglitz, 2006).

Otros cuestionamientos sobre las desventajas atribuidas al mercado y la apertura, tienen que ver con que la globalización es la causa determinante de la desaceleración económica, de la desmantelación del Estado social, de la pérdida de empleos de calidad, de los bajos salarios, del crecimiento del sector informal, de la incorporación masiva de las mujeres en el sector de la maquila y de la degradación ambiental (estas últimas directamente vinculadas al proceso de relocalización industrial derivada de la crisis del sistema socioproductivo ford-taylorista), lo que desde el enfoque del desarrollo humano, estaría ocasionando la limitación de las posibilidades de ampliar las capacidades y libertades de los individuos así como el logro de la equidad inter e intrageneracional.

Así, movilizaciones como la de Madrid (1995); Seattle, Bangkok y Washington (1999); Davos, Washington, Melbourne y Praga (2000); Porto Alegre, Cancún, Quebec, Nueva York, Barcelona y Génova (2001) y la más reciente la contra-cumbre de Rostock, Alemania, en 2007, han demostrado el profundo descontento de la forma en que se ha concretado la globalización en la gran mayoría de los países, lo que conduce a una profundización de la desigualdad social, la precarización del empleo y la falta de oportunidades para la población. Este fenómeno tiene como indicador preciso la extensión de la precarización laboral en los mercados de trabajo.

Durante el régimen de acumulación ford-taylorista los mercados laborales se constituían principalmente por el mercado primario de trabajo (conformado por empleos formales los cuales

tenían como cobertura el Estado del bienestar), siendo el mercado secundario (empleos precarios) el subordinado (Piore, 1983 y Sotelo, 1999), con la globalización, la relación se invirtió, y el sector dominante ahora es el mercado secundario del trabajo o el de los empleos precarios, siendo esto una expresión clara de la profundización de la desigualdad del proyecto de la globalización (Beck, 2000). Esta tendencia estructural ha profundizado la problemática social, ha aumentado la exclusión, conformando mercados de trabajo que no generan empleos con las expectativas que requieren los trabajadores, limitando con esto sus capacidades para ampliar sus libertades individuales así como de la sociedad en su conjunto.

La precarización laboral, producto de la desregulación de las relaciones laborales lo cual forma parte de esta tendencia global a una mayor flexibilidad (Salas, 2000), hace referencia a un conjunto de situaciones que configuran el déficit social y se manifiesta claramente en la carencia de derechos del trabajo tipificados en la legislación, por ejemplo, la ausencia de contrato laboral y de prestaciones sociales, la existencia de salarios por debajo del salario mínimo, la no correspondencia entre trabajo calificado y salario justo, la prolongación de la jornada de trabajo sin la correspondiente remuneración ponderada como horas extras, despido sin indemnización, entre otras elementos (Sotelo, 1999). Esta situación no solamente debilita la cultura laboral del mundo de trabajo, sino también, el tejido social y el fortalecimiento del mercado interno, elementos esenciales para mantener la cohesión social.

De esta manera, la globalización económica, resultado de la crisis del régimen de acumulación ford-taylorista, fue acompañada por tres tendencias fundamentales que simultáneamente emergieron y lograron tener un impacto universal en muchos aspectos, pero de manera particular en el laboral:

1. La incorporación de China al mercado mundial; la ex URSS y la India duplicaron la mano de obra disponible en el mercado laboral, pues aportaron más de 1 470 millones de personas que quedaron integradas a la globalización mediante los procesos de liberalización

comercial y financiera. En México, el impacto ha sido muy fuerte, pues las importaciones de productos chinos acabaron con la industria de juguetes y afectaron drásticamente la textil, entre otras (Zacharie, 2008).

2. La relocalización y subcontratación industrial ha sido un proceso que cobra dinamismo desde la década de los ochenta y que obedece a la necesidad de aumentar la competitividad de las empresas. Este proceso se realiza tanto en aquellas que han logrado reconvertir con nuevas tecnologías sus procesos productivos, como en las que la única opción ha sido aumentar su competitividad reduciendo los costes salariales. Sin embargo, ambas empresas definen el lugar de su relocalización atendiendo principalmente al costo de la mano de obra (Berger, 2006). En México, este proceso de relocalización industrial tuvo su clara manifestación en la industria maquiladora y particularmente la automotriz, que se caracterizan por la creación de empleos diferenciados: altos para un sector reducido de trabajadores calificados y los precarios que cumplen solamente con las condiciones mínimas (como el salario mínimo) estipuladas en la legislación laboral mexicana (Gutiérrez, 2009).
3. El desmantelamiento del Estado del bienestar formó parte de la propuesta de políticas públicas conocidas como el Decálogo del Consenso de Washington. Este decálogo, destinado a los países emergentes o en vías de desarrollo, además de proponer la liberalización comercial y financiera, impulsó el retraimiento de las políticas del estado en la economía, pero particularmente en su función primordial: el Estado social. Esto último, mediante la política pública de la flexibilización laboral que tenía como propósito desmantelar la relación laboral existente orientada al fortalecimiento del mercado interno. Siendo el objetivo central la producción para el mercado externo, el descuido de la producción orientada hacia el interior por esta fuerza globalizadora tuvo como consecuencia el estancamiento económico y la fragmentación del tejido social del mundo del trabajo, provocando fuertes desequilibrios en los mercados laborales (Gutiérrez Garza, 2009).

Lo cual ha ocasionado la precarización laboral debido a que la agudización de la competencia ha traído consigo la necesidad de reducir costos lo más posible, impactando de manera directa en los salarios, las condiciones de contratación y de trabajo de las empresas (Sotelo, 1999). Las empresas buscan reestructurarse reduciendo su plantilla laboral, o moviéndose a otros países con mano de obra más barata, esto debilita el poder de negociación de los trabajadores trayendo consigo

un debilitamiento de sus exigencias en la negociación laboral, asimismo, tiene efectos importantes en el papel que juega el gobierno ya que la búsqueda de la minimización de costos, el aumento del desempleo, la amenaza de traslado de las empresas, etcétera, ejerce presión hacia una mayor desregulación en el aspecto laboral.

Un ejemplo de estos efectos en el empleo se puede observar en la reducción de la participación salarial en el ingreso total de los países (cuadro 8), que en el caso de México la variación ha sido muy significativa.

Cuadro 8. Participación promedio de los salarios en el ingreso total de algunos países de la OCDE¹²⁹

<i>Región</i>	<i>País</i>	<i>Promedio 1980-1985</i>	<i>Promedio 2004-2007</i>
América	Canadá	62.2	59.7
	México	38.5	29.9
	Estados Unidos	65.8	63.7
Asia y Oceanía	Japón	57.3	56.3
	República de Corea	44.8	55
	Australia	62.3	56.7
Europa	Dinamarca	69	69.4
	Francia	68.2	66.2
	Alemania	71.4	65.5
	España	56.4	57.4
	Reino Unido	64.3	66.9

Fuente: OIT (2010). Cifras en porcentaje.

No obstante algunos países incrementaron su participación de los salarios en el ingreso total en los periodos observados, como Corea, Gran Bretaña, España y Dinamarca, en gran parte de ellos se redujo, destacando México con la mayor caída en la participación salarial. De acuerdo a la OIT, estos descensos son atribuidos a aspectos como la introducción de nuevas tecnologías, los efectos de la globalización, la creciente influencia de las instituciones financieras y/o el debilitamiento de

¹²⁹ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

las instituciones del mercado laboral y los cambios en la composición sectorial de las economías (OIT, 2010), sin embargo, es difícil aislar el efecto que cada uno de estos aspectos tiene sobre la participación en el salario, pero lo que sí es cierto es que es una muestra de que el trabajo se está precarizando.

Asimismo, en México los nuevos puestos laborales en general ya no son de carácter permanente, proliferan los contratos de trabajo por obra o tiempo determinado, para muchos trabajadores los pagos son por honorario (Salas, 2000),

De esta forma, la precarización laboral es un fenómeno que va en contra del bienestar de la sociedad así como del desarrollo humano y sustentable, pues no solamente debilita la cultura laboral del mundo de trabajo, el tejido social y el fortalecimiento del mercado interno, elementos esenciales para mantener la cohesión social, sino también impide eliminar las fuentes de privación de las libertades limitando con esto las oportunidades de las personas para hacer o ser lo que más valoran.

En este sentido, Sen (2000a) expresa que es necesario realizar un esfuerzo concertado para que la globalización destruya menos empleos y menos formas tradicionales de ganarse la vida y para que la transición sea gradual. Para allanar el proceso de transición, también tiene que haber oportunidades para reciclarse y adquirir nuevas cualificaciones (para las personas cuyo empleo desaparece), así como redes de protección social (seguridad social y otros mecanismos de ayuda) para aquellos cuyos intereses resulten perjudicados –al menos a corto plazo- por los cambios globalizadores.

Por lo que en el marco de esta reflexión, el balance sobre los resultados de la globalización ha ocasionado que surja una demanda desde la academia y funcionarios del sector público y que avanza sosteniendo que la globalización requiere de la intervención, desde una perspectiva nacionalista, de los gobiernos, los agentes económicos y los actores sociales en la definición de cuáles deben ser las políticas de inserción y las políticas públicas que se deben instrumentar simultáneamente para garantizar el crecimiento y la protección social (Stiglitz, 2002; Boyer, 1998,

Léonard, 2001). Es decir, se debe entender el mercado como una institución social, una forma institucional que no se instituye a sí misma. El capitalismo no excluye, sino que necesita instituciones para continuar funcionando y desarrollarse, las cuales no son un obstáculo a la existencia del mercado como lo proponen los neoclásicos (Neffa, 2006).

Además, como señala Stiglitz (2007), cualquiera que sea la situación con relación al desarrollo en un país, los mercados son imperfectos pues no se orientan de manera rápida y automática al pleno empleo, por lo que le corresponde al Estado fomentar el empleo y mantener una economía de pleno empleo, así como buscar una mayor estabilidad económica y generar redes de seguridad que protejan a los trabajadores y garanticen sus derechos de sindicalización y negociación colectiva para así proteger los intereses y aspiraciones de los mismos. Esto, debido a que aparte del problema de la eficiencia económica, lo que también debería importar es la clase de sociedad hacia la que se dirigen los países y la formación o la supervivencia de una democracia, por lo que la distribución de la renta y la creación de instituciones que protejan las aspiraciones de los trabajadores son importantes.

2. El trabajo decente, una propuesta para garantizar el desarrollo de las capacidades y libertades de los trabajadores

Ante los ya señalados efectos negativos que la globalización ha ocasionado en el mercado laboral surge la propuesta de *trabajo decente* de la OIT – presentada por primera vez en 1999 y la cual hace un llamado para hacer conciencia sobre la importancia de que las personas no solo tengan un trabajo sino que este sea decente, buscando con esto darle una dimensión social a la globalización-- como una forma de promover la generación de empleos de calidad que todos las personas en edad productiva debieran disfrutar, tanto en el empleo formal como en el informal, en contraposición a los empleos precarios resultantes de la globalización.

En el marco del desarrollo humano, el trabajo decente constituye una libertad constitutiva que amplía las capacidades y libertades de las personas para poder hacer y ser lo que más valoran, es decir, es una propuesta que busca recuperar las capacidades y libertades de los trabajadores debilitadas por el fenómeno de la globalización lo que permitirá potencializar su calidad de vida y su bienestar social. Esto, debido a que el trabajo decente no solo equivale a que las personas puedan contar con un ingreso suficiente que les permita mantenerse al margen de la pobreza, sino también porque implica el respeto a sus derechos como trabajadores, como personas, lo que lleva a que puedan desenvolverse en la sociedad de una mejor manera, ampliándose aún más sus libertades.

Como señalan Anker, Chernyshev, Egger, Mehran y Ritter (2003), el *trabajo decente*, aparte de constituir una aportación al desarrollo duradero, es un fin importante por derecho propio, ya que hablar de trabajo decente es hablar de una faceta esencial de la vida debido a que es algo a lo que dedicamos gran parte de nuestro tiempo y es un pilar para la integración social y la autoestima de las personas. Contar con la oportunidad de acceder a un *trabajo decente* constituye un acto de libertad que la sociedad y sus instituciones son responsables de proveer para lograr el desarrollo.

En consecuencia, el *trabajo decente* representa una libertad constitutiva pues es un fin en sí mismo, pero a la vez es un medio ya que es una herramienta de cambio respecto a las tendencias deterministas de los mercados globales y abre una amplia perspectiva al reconocimiento de los derechos sociales del hombre y de la importancia de las instituciones para lograrlo.

Asimismo, desde el marco del desarrollo sustentable, el *trabajo decente* constituye un elemento importante para el logro de la sustentabilidad ya que contribuye al cumplimiento de algunos de los objetivos establecidos como críticos en el Informe Brundtland (CMMAD, 1987) como: La calidad del crecimiento, la satisfacción de las necesidades humanas esenciales, la conservación de los recursos naturales. Además, el trabajo decente permite el logro de la equidad inter e intra generacional, es decir, tanto en las generaciones presentes como en las futuras, al

representar uno de los medios principales para que las personas puedan satisfacer sus necesidades más elementales en un ambiente de dignidad humana.

De tal forma que, partiendo de lo anterior, por *trabajo decente* se entenderá aquel que incluye el desarrollo humano y sustentable. Es decir, aquel que considera el respeto a los derechos ganados por los trabajadores en todos estos años, que contribuye a mejorar la distribución del ingreso y, con ello, a mantener a la población al margen de las privaciones que genera la pobreza y la exclusión. Pues deberán ser puestos laborales que garanticen la satisfacción de las necesidades mínimas necesarias para que las personas tengan una vida digna. Además de incentivar el consumo interno; el crecimiento económico y promover, mediante la equidad, la protección del medioambiente. Ampliando de esta manera las posibilidades de satisfacer la condición de que las generaciones presentes y futuras puedan tener las mismas oportunidades y con ello una mayor equidad en las oportunidades de vivir vidas dignas. Así como que, para lograr la condición de trabajo decente es esencial la participación del Estado. Pues sólo a través de éste se pueden promover leyes que protejan las conquistas de los trabajadores y vigilar el cumplimiento de estas y lograr así las condiciones para alcanzar el trabajo decente. Dado que el mercado, en las actuales condiciones en que se encuentra la economía mexicana (50 millones de pobres), no lo puede garantizar y por el contrario tiende a crear condiciones laborales precarias que no garantizan un desarrollo humano y sustentable.

Por lo tanto, la noción de *trabajo decente* ha significado una ruptura con las condiciones actuales de las relaciones laborales que han sido provocadas por la globalización económica, permitiendo incluir en el debate laboral cuestiones claves como: la libertad de expresión y participación, la equidad, el derecho al trabajo y la protección social. Siendo de esta manera un elemento que debe estar presente en cualquier tipo de empleo pues es un medio necesario para avanzar hacia un desarrollo humano y sustentable. Desde esta perspectiva, lo ético es tener acceso a

un trabajo y que éste sea decente, es decir, que garantice las condiciones materiales mínimas necesarias que el empleo debe generar, como la salud y la alimentación.

Tomando en cuenta lo anterior, se propone la construcción de indicadores que lleven a la conformación de un índice, el Índice de Trabajo Decente (ITD), para medir la capacidad que tiene una sociedad de ofrecer trabajo decente el cual a su vez permite a las personas lograr tener una vida digna y avanzar hacia el desarrollo humano y sustentable.

Sin embargo, es importante hablar antes un poco sobre el porqué de la creación de indicadores para explicar algo, en este caso para hablar sobre la calidad del empleo o trabajo decente.

Sobre la importancia de la creación de indicadores y de la metodología para generarlos

En el ámbito de los trabajos y estudios sobre indicadores se suele entender la palabra indicador como una estadística seleccionada o una combinación de varias de ellas, que se pueden expresar de diversas formas aportando cada una de estas formas diferente información (Gutiérrez Garza, et al, 2012).

La creación y uso de indicadores en las investigaciones es de gran utilidad porque, por un lado, permite construir y obtener información de calidad en los más diversos temas (Gutiérrez Garza, et al, 2012) y; por otro lado, pueden utilizarse como punto de partida para el estudio de algún fenómeno (Schuschny y Soto, 2009).

Existen algunos requisitos consensuados para generar indicadores que sean útiles, por ejemplo (Gutiérrez Garza, et al, 2012):

- Que se construyan y seleccionen a partir de un marco conceptual para que se visualice la relación entre éstos o entre indicadores y políticas
- Que se garantice su relevancia para el proceso de política pública

- Que sean viables en cuanto a que exista la información base o su obtención sea factible en cuestión de costos y disponibilidad
- Que expliquen claramente cambios y presiones en una dimensión de tiempo y espacio

En términos técnicos, existen dos tipos de indicadores:

- a) *Indicadores simples*. Toman en cuenta solamente a una característica o atributo del objeto estudio.
- b) *Indicadores compuestos*. Es una representación simplificada que busca resumir un concepto multidimensional en un índice simple (unidimensional) basado en un modelo conceptual.

Dado que en este trabajo se busca construir un indicador compuesto, el Índice de Trabajo Decente (ITD), se vuelve necesario hacer referencia a las ventajas y desventajas o limitantes que este tipo de indicadores tienen, sus recomendaciones, así como su importancia. De acuerdo a Schuschny y Soto (2009):

Al poder integrar un amplio conjunto de puntos de vista o subsistemas de una unidad de análisis considerada, los indicadores compuestos permiten:

Ventajas

- Reducir la complejidad de la información que deviene de las múltiples perspectivas
- Integrar y resumir diferentes dimensiones de un tema
- Son fáciles de interpretar por su capacidad de síntesis al reducir el tamaño de la lista de indicadores a tratar en el análisis

- Atraen el interés público por su capacidad de facilitar una comparabilidad entre unidades de análisis y su evolución, facilitando la evaluación de la eficacia de las políticas y la rendición de cuentas.

Limitaciones y desventajas

- Puede proveer mensajes confusos y no robustos si los indicadores están mal contruidos o interpretados
- La reducción de la complejidad de un tema en un valor, puede dar lugar a sesgos de percepción y/o confirmación o a la simplificación excesiva.
- Existe un debate acerca de la calidad y comparabilidad de las estadísticas que se utilizan en los indicadores; así como del sustento teórico para el análisis.

Recomendaciones

- La construcción de un indicador compuesto requiere de dos condiciones básicas: i) la definición clara del atributo que se desea medir y ii) la existencia de información confiable para poder realizar la medición. La satisfacción de la primera condición dará al indicador compuesto un sustento conceptual, y la segunda le otorgará validez.
- Para que el indicador desarrollado sea algo representativo acerca de la cuestión que se desea estudiar se requiere una selección correcta de las variables que formarán parte del indicador sintético, y que éstas abarquen las principales dimensiones del objeto de estudio.
- La alternativa más viable al momento de diseñar indicadores compuestos puede ser considerar el cálculo de sub-indicadores que representen el

comportamiento de los distintos subsistemas que componen la representación que se desea estudiar. No obstante, hay que poner atención en la agregación ponderada de los múltiples contenidos de información estadística debido a que puede tener que integrarse diversas escalas y dimensiones que el indicador compuesto intenta sintetizar, por lo que será necesario normalizar la información lo cual puede llevarse a cabo a través de diferentes formas, por ejemplo: el empleo de tasas o porcentajes de variación, el ordenamiento de indicadores entre unidades de análisis, la estandarización (*z-score*), el re-escalamiento o método de máximos y mínimos, entre otros.

Importancia de los indicadores compuestos:

Los sistemas de indicadores, han ganado un creciente interés como una herramienta eficaz que contribuye a la formulación y el análisis de políticas públicas así como a su evaluación y comunicación. Por su capacidad de síntesis, los indicadores compuestos permiten atraer la atención de la comunidad, dar lugar a la creación de narrativas convincentes y ayudar a enfocar los debates, por ejemplo de políticas públicas.

Una vez considerado lo anterior, se procederá a definir las libertades e indicadores que se utilizarán para la construcción del ITD.

3. Desarrollo conceptual y metodológico para la creación del Índice de Trabajo Decente

Las libertades para el trabajo decente: definición de indicadores

Para medir la capacidad que tiene una sociedad de generar empleos que permitan a las personas desplegar sus capacidades y libertades para ser y hacer lo que más valoran (Sen, 2000), se construirá un Índice de Trabajo Decente (ITD). Para ello, se elaboraron tres indicadores los cuales representan las libertades instrumentales que se proponen en este trabajo como elementos

fundamentales de la libertad constitutiva del trabajo decente, estas son: el empleo durable, el salario suficiente y las prestaciones sociales o equivalente.

Sin embargo, antes de pasar a definir los indicadores es importante aclarar que si bien, el *trabajo decente* se integra por cuatro dimensiones: el empleo, derechos laborales, prestaciones y diálogo social como lo hemos visto, en esta trabajo se dejará para una futura ocasión el último elemento relacionado con el diálogo social, debido a que se busca medir el trabajo decente en la sociedad en general de México y el estado de Nuevo León, así como en los médicos y enfermeras que laboran en actividades del sector salud, y no solo en los asalariados, que es el único sector en el que pueden organizarse los sindicatos. De acuerdo al artículo 364 de la legislación laboral, “los sindicatos deberán constituirse con veinte trabajadores en servicio activo” (DOF, 2006), es decir, de contemplar este elemento en la medición del índice se estarían excluyendo a los trabajadores por cuenta propia, a los trabajadores sin pago y a los asalariados que laboran en establecimientos con menos de 20 trabajadores, siendo esto de gran importancia pues solamente en el 2009, el 95% de la unidades económicas del país tenían solamente hasta 10 personas ocupadas (INEGI (a), 2009). Además, es importante señalar que las tres dimensiones que se utilizarán están estrechamente interrelacionadas, como lo demuestran los indicadores que se han elaborado y que a continuación se presentan:

Empleo durable

Esta libertad se fundamenta en la tesis de que la sociedad debe de brindar las oportunidades de *empleo de calidad* acordes con las necesidades de la población, con el fin de que, en lo individual, se puedan desplegar las aspiraciones de realización productiva y personal y en lo estructural se fortalezca el espacio económico, social y cultural de los entornos en los que las personas viven. Es decir, el empleo durable, nos habla de la capacidad de creación de empleos suficientes para la población en edad de trabajar, constituye un indicador de la capacidad de generación y fortalecimiento del tejido social de los mercados de trabajo. Pero también, está

referido a que los empleos suficientes sean de calidad, es decir, que constituyan una oferta de trabajo en condiciones legalmente codificadas, constituyendo el tope inferior a partir del cual ningún empleo debe de traspasar.

En consecuencia, el empleo durable es una libertad compuesta por la conjunción de las siguientes variables.

- a) *Población ocupada de 18 años y más.* Es decir, se resta el trabajo infantil, población que de acuerdo a Sen (2000) carece de la libertad de elección, ya que cuando los niños pertenecen a familias desfavorecidas los niños no tienen otra opción más que trabajar en lugar de ser libres e ir a la escuela. En 1919 la OIT aprobó el Convenio sobre la edad mínima para trabajar en 14 años (Ghai, 2003) y prohibió emplear mano de obra infantil en las empresas industriales, edad que también se establece como mínima para trabajar en el artículo 123 fracción 3 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (DOF, 2009)¹³⁰ y en el artículo 5 fracción I de la Ley Federal del Trabajo (LFT), (DOF, 2006). Sin embargo, la Convención sobre los Derechos del Niño, auspiciada por la Comisión de Derechos Humanos de la ONU en 1989 y ratificada por México en 1990, señala que un niño es todo ser humano menor de 18 años de edad (Este País, 2009, y ONU, s/f). Si bien el convenio no es vinculante pues hasta la fecha no se han modificado las leyes en el país, para este trabajo, la edad de 18 años marca la frontera que separa a la niñez de la juventud, parafraseando a Sen (2007:126), antes citado: “... *El marco que se establece parte de la idea de que existen algunos derechos fundamentales que deben reconocerse aunque no estén proclamados en la legislación porque son consustanciales a toda sociedad decente*”.
- b) *Población ocupada que percibe al menos un salario mínimo:* Se resta el trabajo no remunerado o con ingresos menores de un salario mínimo. De acuerdo a la LFT, un salario mínimo es la cantidad menor que debe recibir en efectivo el trabajador por los servicios prestados en una jornada de trabajo (DOF, 2006).
- c) *Población Económicamente Activa (PEA):* Tiene que ver con la población ocupada y la población desocupada que estuvo buscando trabajo de manera activa. Representa la oferta de mano de obra de la sociedad, que demanda o tiene un empleo.

¹³⁰ El 21 de noviembre de 1962 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación la reforma al Artículo 123 fracción III de la Constitución Mexicana que prohíbe el trabajo a menores de 14 años. Antes de esa fecha, el trabajo estaba prohibido para menores de 12 años (UNAM, s/f).

d) *Población No Económicamente Activa (PNEA) que se encuentra disponible para trabajar*: Corresponde a aquel sector de la población que en la semana de referencia no trabajó, ni tenía trabajo, ni buscó activamente uno, por considerar que no tenía oportunidad para ello, pero que declaró tener interés en trabajar. Este segmento de trabajadores no tiene por qué ubicarse dentro de la PNEA, pues si tuvieran la oportunidad de trabajar lo harían. En distintos enfoques teóricos (Nun, 1968; Rifkin, 1997, Sotelo, 1999) son ubicados como parte del ejército industrial de reserva.

Estas variables se relacionan de la siguiente manera. Respecto a la población ocupada, se considera como empleo durable a aquellos segmentos laborales que se desempeñan en el marco de la legislación laboral vigente, es decir, quedan excluidos el trabajo infantil (trabajadores menores de 18 años) y el trabajo ilegalmente remunerado (trabajadores que no reciben ingreso o que su percepción es menor a un salario mínimo).

Para ello, se construyó la categoría conceptual denominada *empleo durable*, como sigue:

$$TED = (PO/PEAR) \times 100$$

Donde:

TED = Tasa de empleo durable

PO = Población ocupada de 18 años y más que tiene ingresos mayores de un salario mínimo.

PEAR= Población económicamente activa real, compuesta por la PEA (población ocupada y desempleados), más la PNEA disponible para trabajar.

Al medir la libertad del empleo durable se pretende destacar la importancia de que una sociedad tiene necesariamente que ofrecer empleos durables para la población, que permitan detonar efectos multiplicadores en los mercados laborales, el mercado interno y el tejido social que soporta la cohesión social, así como desplegar las capacidades y libertades de las personas y la sociedad en su conjunto.

Salario suficiente

Esta libertad descansa en la idea de que las personas no sólo requieren trabajar sino percibir un ingreso que les permita vivir con libertad y tranquilidad que, como señala Sen (2000) les dé el derecho económico y la libertad fundamental para comprar lo suficiente para vivir, lo que otorga el *salario suficiente*. Es decir, aquel sector de población con ingresos menores a un salario suficiente, en la perspectiva del *trabajo decente* y del desarrollo humano, debería de ser el menor posible. En esta misma línea, Bonnet, Figueiredo y Standing (2003) señalan que cuando las personas no tienen una garantía de ingresos razonable, entonces carecen de libertad real para tomar decisiones racionales y conducirse de forma responsable en la sociedad. Por ello, para medir la libertad del salario suficiente se tomarán en cuenta los siguientes indicadores:

a) *Población ocupada total.*

b) *Población ocupada remunerada con ingresos de al menos 3.1 salarios mínimos*, monto que representa el salario suficiente para comprar una Canasta Obrera Indispensable (COI). Desde 1978 el Centro de Análisis Multidisciplinario (CAM) de la Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), realiza estudios sobre la evolución del salario mínimo y los precios de la COI, integrada por 35 bienes y servicios básicos: 27 alimentos, 3 productos para aseo personal y del hogar, transporte, energía eléctrica y gas doméstico. Calculada para el uso y consumo diario de una familia mexicana de 5 miembros: 2 adultos, 1 joven y 2 niños (Lozano, et. al, 2006). Este estudio concluyó que en el año de 1987 el salario mínimo oficial prácticamente correspondía al costo de la COI, como lo muestra el cuadro 9.

Cuadro 9. Precios de la Canasta Obrera Indispensable (COI) y salario mínimo, 1987-2011

Año	Salario mínimo nominal diario	Precio de la COI
1987	6.47	6.86
1992	13.3	28.8
1994	15.27	34.13
2000	37.89	173.24
2006	48.67	288.23
2007	50.57	ND
2011	59.82	ND

Fuente: Elaborada con base en datos del Centro de Análisis Multidisciplinario (CAM) y de la Comisión Nacional de Salarios Mínimos (CONASAMI).

De acuerdo al cuadro, en 1987 una persona que obtenía un ingreso igual a 1 salario mínimo podía adquirir el 94% de la COI, y sólo se necesitaba disponer de 1.06 salarios mínimos para comprar la totalidad de la canasta.

Debido a que no contamos con los datos de la COI para los años 2007 y 2011, se procedió a convertir a precios de 1987 el salario mínimo de estos años con el fin de hacerlos comparativos y conocer de esta forma la capacidad adquisitiva del salario mínimo del 2007 y 2011 en precios de 1987. El resultado fue que el salario mínimo real de 2007 representa un poder adquisitivo de una tercera parte (un 33%) del salario mínimo de 1987, por lo que en el 2007 necesitaríamos ganar 3.1 salarios mínimos para tener un salario mínimo de 1987, con el cual prácticamente se podía adquirir la COI en ese tiempo (cuadro 10).

Cuadro 10. Salario mínimo real y salario suficiente 1987, 2007 y 2011

Indicador	1987	2007	2011
Salario mínimo nominal	6.47	50.57	59.82
INPC Base = 2010	3.528	84.750	101.042
INPC Base = 1987 ¹	100.00	2402.21	2864
Salario Mínimo Real Base = 1987 ²	6.47	2.11	2.09
Poder Adquisitivo ³	100%	33%	32%
Salario suficiente⁴ (VSM)	1.0	3.1	3.1

Fuente: Elaborada con datos del CAM, CONASAMI e INEGI.

1/ (INPC B=2010 de cada año / INPC B = 2010 de 1987) x100

2/ (SMN de cada año / INPC B=1987) x 100.

3/ (SMR de cada año / SMR 1987) x 100

4/ (SMR de 1987 / SMR de cada año)

Siguiendo este razonamiento, en el 2007 se necesitarían 156.8 pesos para que el ingreso fuera equivalente a un salario mínimo de 1987, es decir, para tener un *salario suficiente*.

Para el año 2011 el salario mínimo real representó el 32% del salario mínimo de 1987, por lo que en el 2011 se necesitaba ganar 3.1 salarios mínimos para tener un salario mínimo de 1987 el cual era suficiente para adquirir prácticamente la totalidad de la COI en ese momento. Por lo tanto, en el 2011 se necesitarían 185.30 pesos para que el ingreso fuera equivalente a un salario mínimo de 1987, es decir, para tener un salario suficiente.

El indicador que se plantea para medir esta libertad es el siguiente:

$$\text{TOSS} = (\text{PO1}/\text{POT}) \times 100$$

Donde:

TOSS: Tasa de población ocupada con salario suficiente

PO1 = Población ocupada con ingresos iguales o superiores al salario suficiente

POT = Población ocupada total

Una de las enseñanzas de este indicador es que cuestiona la laxitud con la que se ha manejado la determinación del salario mínimo, quedando apartado de los principios que le dieron vigencia, es un referente desvinculado de los propósitos con los que fue legislado: garantizar el salario justo y la igualdad social (De la Cueva, 1993), lo que desde la visión del desarrollo humano y sustentable el detrimento de esta libertad podría ocasionar un aumento de las privaciones de las libertades que puede disfrutar el ser humano.

Prestaciones sociales o equivalente

Esta libertad está conformada tomando en consideración que uno de los fundamentos de la idea del *trabajo decente* es que los trabajadores cuenten con prestaciones sociales y materiales que les permitan una mayor calidad en el empleo y de vida. El primer tipo de prestaciones tiene que ver con aspectos como la cobertura de salud y la protección en casos de enfermedades, maternidad, accidentes de trabajo, entre otros, que de acuerdo a (Ghai, 2003), esto permite atender las necesidades de salud de la población y ampararla frente a los imprevistos. Sen (2000) señala que una de las oportunidades sociales que se debe garantizar para el ser humano son los derechos humanos, los cuales permiten realizar y potencializar sus capacidades y oportunidades en un ambiente de libertad que le garantice el desarrollo de sus capacidades. Entre estos derechos humanos se encuentra los derechos sociales que están ligados a la base trabajadora como el derecho a la salud, a través de los servicios de salud, que aparte de ser un derecho de toda persona, fomenta el desarrollo económico.

En este caso, como prestaciones sociales se está tomando en cuenta la proporción de la población ocupada del estado que cuenta con acceso a instituciones de salud, es decir, que tiene acceso a la libertad de la salud, ya sea públicas o privadas, y su indicador será el siguiente:

$$\text{TAIS} = (\text{POAIS} / \text{POT}) \times 100$$

Donde:

TAIS = Tasa de acceso a instituciones de salud

POAIS = Población ocupada con acceso a instituciones de salud públicas y privadas

POT = Población ocupada total

Para la medición del segundo tipo de prestaciones, que se refieren a aspectos como vacaciones con goce de sueldo, aguinaldo, y demás, los cuales son considerados como una libertad pues están tipificados en el derecho laboral y permiten al trabajador obtener un ingreso complementario a sus ingresos laborales; se tomará en cuenta el indicador de prestaciones laborales del INEGI, que se define como la proporción de personas ocupadas que cuentan con algún tipo de prestación laboral, tales como aguinaldo, vacaciones con goce de sueldo, reparto de utilidades, etcétera (se excluyen las prestaciones de acceso a las instituciones de salud), ya sea en dinero o en especie, adicionales al sueldo que reciben los trabajadores subordinados y remunerados de parte de la unidad económica para la que trabajan, como complemento a sus ingresos laborales. Asimismo, se incluirá la proporción de población que aunque no tiene prestaciones, goza de ingresos superiores a los 5 salarios mínimos diarios lo que les permite contar con un ingreso que brinda una capacidad mínima de ahorro que de alguna manera compense la falta de prestaciones. Este sector de trabajadores puede estar integrado por asalariados, trabajadores por cuenta propia, etcétera.

El indicador que se ha construido es:

$$TPOPI = ((POP + POSPI)/POT) \times 100$$

Donde:

TPOPI = Tasa de población ocupada con prestaciones o con ingresos altos

POP = Población ocupada con prestaciones

POSPI = Población ocupada sin prestaciones y con ingresos mayores a 5 salarios mínimos

POT = Población ocupada total

De esta forma, para medir la libertad de prestaciones sociales o equivalente se creó el siguiente indicador el cual está comprendido por los dos indicadores antes descritos, quedando como sigue:

$$\text{POPSE} = \frac{3}{4} (\text{TAIS}) + \frac{1}{4} (\text{TPOPI})$$

Donde:

POPSE: Población ocupada con prestaciones sociales o equivalente

TAIS: Tasa de población ocupada con acceso a instituciones de salud

TPOPI: Tasa de población ocupada con prestaciones o ingresos altos

En este último indicador, al componente de acceso a la salud se le dio una ponderación de $\frac{3}{4}$; mientras que al de prestaciones o ingresos altos se le asignó un peso de $\frac{1}{4}$, esto por considerar que dentro de los derechos sociales y materiales el aspecto de mayor relevancia está vinculado a la capacidad que una sociedad tiene de brindar a la población la más amplia cobertura de acceso a los servicios de la salud.

De esta manera, el indicador construido muestra de forma general qué tanto son respetados los derechos de los trabajadores así como cuales son las oportunidades que está brindando la sociedad para que las personas puedan ampliar sus capacidades por medio de esos otros beneficios a los que tienen derecho los trabajadores, diferentes a su salario o ingresos por trabajo.

Estas tres libertades propuestas serán las consideradas para construir el ITD. Por supuesto, no incluyen una visión exhaustiva de todas las libertades que pueden influir en el trabajo decente. Sin embargo, como señala Sen (2000: 133), muestra algunos de los aspectos más importantes y algunas cuestiones fundamentales desde el punto de vista de la política económica y

social que reclaman una atención inmediata. Además, representan una base útil de información para adoptar medidas para luchar contra las privaciones.

Tomando en cuenta los indicadores descritos y considerando que la teoría de desarrollo humano ha desarrollado una propuesta metodológica de máximos y mínimos para la medición del Índice de Desarrollo Humano (IDH), que tiene aceptación mundial, la propuesta metodológica para la conformación del IDT aquí presentada se inscribe en el mismo enfoque de tal suerte que forma parte de la misma frontera de conocimiento y comparte el mismo enfoque metodológico.

Aspectos metodológicos para la construcción del ITD y su interpretación

No obstante los indicadores descritos y que se van a utilizar para construir el ITD ya se encuentran normalizados, es decir, ya son índices por estar todos expresados en la misma unidad de medida (%), se presenta este apartado de normalización de datos a través del método de máximos y mínimos¹³¹ considerando la posibilidad de que en el futuro se agreguen más indicadores los cuales pudieran estar expresados en otras unidades de medición, además de que también se busca que el ITD que se obtenga oscile entre 0 y 1 para de esta manera utilizar el criterio de interpretación que realiza el PNUD (s/f) en su medición del IDH y que más adelante se explica.

Método de máximo y mínimos

Para la normalización de los datos se procede de la siguiente manera:

La fórmula es:

$$\text{Índice} = (\text{valor actual } x_i - \text{valor mínimo } x_i) / (\text{valor máximo } x_i - \text{valor mínimo } x_i)$$

Donde:

x_i = Indicadores

¹³¹ Este método también ha sido utilizado en trabajos como el de Bonnet, Figueiredo y Standing (2003) y Galhardi (2008) donde hacen ejercicios para medir el Índice de Trabajo Decente.

Valor actual x_i = el valor del indicador x_i en determinado momento.

Valor mínimo x_i = es el valor más bajo tomado como referencia para esa variable.

Valor máximo x_i = es el valor más alto tomado como referencia para esa variable.

De acuerdo a Bonnet, Figueiredo y Standing (2003), esta metodología permite obtener los índices específicos de cada uno de los indicadores, los cuales posteriormente se sintetizan en un índice, en este caso el Índice de Trabajo Decente (ITD), cuyo valor va de 0 (la cifra menos deseable) a 1 (la cifra alcanzable).

Conformación del Índice de Trabajo Decente (ITD)

Para crear el Índice de Trabajo Decente (ITD) se calculan primero los índices de cada una de las libertades que lo compondrán, es decir, de la libertad de empleo durable, de la de salario suficiente y de la de prestaciones sociales o equivalente, a través del método de máximos y mínimos como se explicó anteriormente.

En este caso se tomará como valor máximo el 100% y el mínimo de 0% para los diferentes indicadores por considerar que lo ideal sería que toda la población cuente con un trabajo¹³² y en condiciones gratificantes; mientras que lo peor sería que nadie disfrutara de las diferentes libertades instrumentales del trabajo decente.

El cálculo de los índices específicos se muestra a continuación usando de ejemplo los datos de Nuevo León para el 2007 (las cifras se presentan más adelante).

1. Índice de empleo durable: $(75.3 - 0) / (100 - 0) = 0.753$

2. Índice de población ocupada con salario suficiente: $(44.7 - 0) / (100 - 0) = 0.447$

¹³² Al tomar el valor de 100 como el nivel máximo se considera el objetivo de la OIT de lograr el “pleno empleo” (OIT, 1999:56), además, permite tomar en cuenta que en México la gente no puede estar desempleada porque no existen programas de seguros contra riesgo de desempleo.

3. Índice de población ocupada con prestaciones sociales o equivalente, el cual se obtiene integrando los índices de acceso a instituciones de salud y el de prestaciones o ingresos altos :

$$\frac{3}{4} (0.563) + \frac{1}{4} (0.698) = 0.597$$

Una vez que se han obtenido los índices de cada libertad instrumental del *trabajo decente*, estos se combinan para crear el ITD en el cual se otorga una misma ponderación, de un tercio, a cada uno de los componentes.

$$\text{ITD} = 1/3 (0.753) + 1/3 (0.447) + 1/3 (0.597) = 0.600$$

Siguiendo el criterio que emplea el PNUD para el IDH, cuando el ITD se ubica en el rango entre **0-0.49** significará un nivel bajo de *trabajo decente*; **0.50-0.79** indicará un nivel medio de *trabajo decente*; y de **0.80-1** un nivel elevado de *trabajo decente*.

Por lo que, de acuerdo a los resultados obtenidos, en el 2007, el estado de Nuevo León tiene un ITD de 0.600, lo que significa que se encuentra dentro de la clasificación de *trabajo decente medio*.

De esta manera, siguiendo a Schuschny y Soto (2009), el ITD propuesto para medir la libertad constitutiva del trabajo decente es un indicador compuesto de tipo sinóptico que mide los logros promedio de un país o región en tres dimensiones, empleo, ingreso y prestaciones, donde en cada una de las tres dimensiones anteriores se proponen indicadores para medirlas, en este caso son el empleo durable, salario suficiente y prestaciones sociales o equivalente, respectivamente.

4. El trabajo decente como referente de las libertades constitutivas de los individuos

Desde la visión de la teoría del desarrollo humano, que define al desarrollo como un proceso de ampliación de capacidades y opciones para que las personas puedan ser y lograr hacer lo

que valoran (Sen, 2000), el ITD se muestra como un indicador que permite evaluar el avance o retroceso en la ampliación de las capacidades y libertades de los trabajadores, es decir, el avance o retroceso en la libertad constitutiva del trabajo decente pues, a medida que su valor es más alto (es decir, tiende a 1) quiere decir que es más la población que disfruta de más oportunidades para combatir los problemas de privaciones como la desnutrición, la pobreza, la morbilidad, la falta de educación y de participación política, entre otras, ampliándose de esta manera las libertades y la agencia de los individuos para tener una mejor calidad de vida.

De esta manera, el resultado obtenido al calcular el ITD, cuyo valor oscila entre 0 y 1, adquiere un nuevo significado, pues no solo nos habla de en cuál nivel de trabajo decente nos encontramos sino también nos indica qué tan alejados o cercanos estamos de ser una sociedad que busca la ampliación de las libertades de cada uno de sus miembros. Por lo anterior, cuando el ITD se ubica en el *nivel bajo de trabajo decente* (es decir, que su valor se ubica en el rango de entre 0 y 0.49) se puede decir que las libertades instrumentales mínimas necesarias para que las personas gocen de un trabajo decente no están siendo ofrecidas por la sociedad, limitando esto las posibilidades de la ampliación de las capacidades y libertades de la mayoría de los trabajadores, y sus familias así como su agencia para potenciar el desarrollo de las libertades de la sociedad en general; cuando el índice se ubica en el *nivel medio de trabajo decente* (entre 0.50 y 0.79), se habla de una sociedad donde se ha avanzado en el acceso a las diferentes libertades instrumentales del trabajo decente, sin embargo, aún existe un gran camino por recorrer para que todos los trabajadores puedan gozar de esas libertades y puedan ampliar sus capacidades y; cuando el índice se ubica en el *nivel alto de trabajo decente* (entre 0.80 y 1), quiere decir que la mayor parte de las personas están gozando las libertades instrumentales mínimas necesarias para poder aspirar a un trabajo decente que les permita ampliar sus capacidades y libertades individuales y en la sociedad, facilitando esto la posibilidad de acabar con las fuentes de privación de la libertad y fortaleciendo su agencia para ser motor de la ampliación de las libertades de la sociedad en su conjunto.

Siendo de esta forma el ITD un buen referente para impulsar una reconversión de este fenómeno de precarización laboral que se vive y que ha ocasionado un deterioro en el nivel y calidad de vida de las personas.

Sin embargo, es importante señalar que la idea de trabajo decente representa un suelo común, pero no un techo. Es un mínimo (Zubero, 2007), ya que considera principios y derechos fundamentales que son comunes a todos los seres humanos, pero también refleja los valores y posibilidades de cada sociedad, por lo que constituye un objetivo móvil que evoluciona junto con las posibilidades de las sociedades, un umbral que se desplaza junto con el progreso económico y social (Rodgers (2002) y Anker, et al (2003).

El trabajo decente en México y Nuevo León

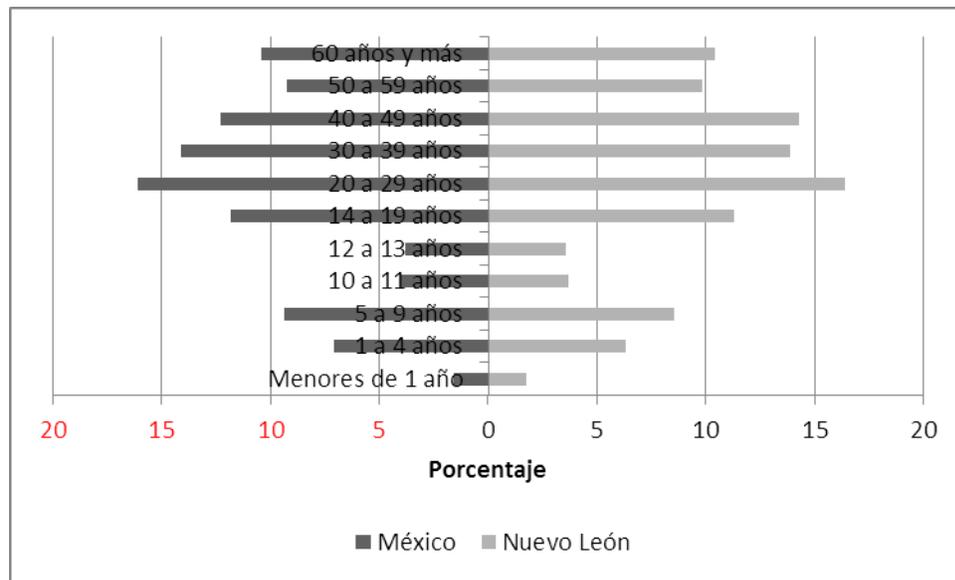
Características generales:

Antes de realizar la medición del ITD es importante conocer algunos aspectos generales de la población tanto de México como de Nuevo León, esto con el fin de poner en perspectiva la situación de la población ocupada.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (EOE), en el segundo trimestre del 2011 el país tenía una población total de 113.6 millones de personas, mientras que en Nuevo León era de 4.7 millones de habitantes, es decir, la entidad albergaba al 4.1% del total de la población.

Por rangos de edad, la población se distribuía de la siguiente manera (Gráfica 21).

Gráfica 21. Pirámide de población para México y Nuevo León, 2011



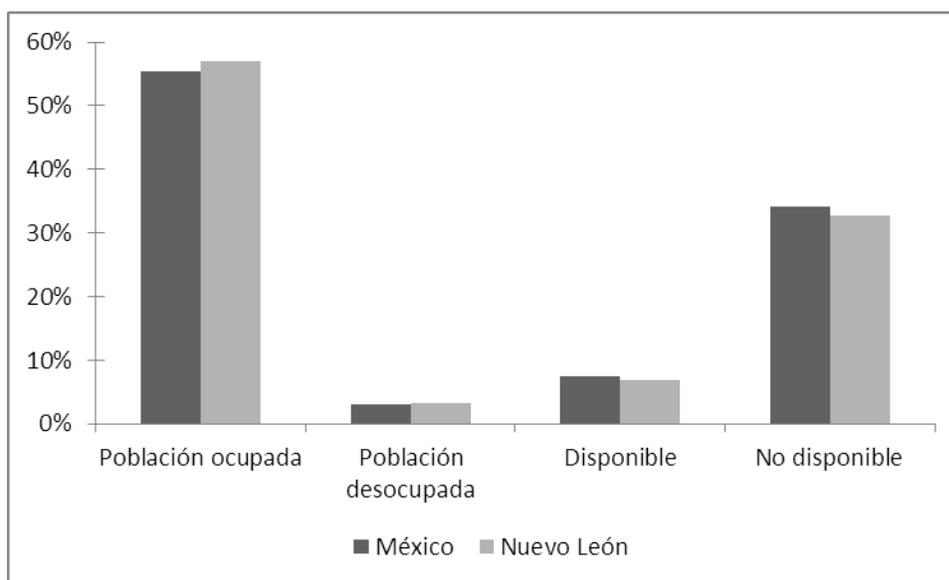
Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI (ENOE, 2 trim).

En el segundo trimestre del 2011, las proporciones de población de acuerdo a rangos de edad eran muy similares a nivel nacional y en Nuevo León, siendo el rango de población más pequeño el de los menores de 1 año, al representar el 1.6% y 1.8% del total, respectivamente; le sigue el rango de la población de 12 a 13 años (3.8% y 3.6% de la población) y el de 10 a 11 años (4% y 3.7%). Los segmentos donde existe mayor concentración de población son el de 20 a 29 años (con un 16.1% y 16.4%, respectivamente), seguido del de 30 a 39 años (14.1% y 13.9) y el de 40 a 49 años (con 12.3% y 14.3%), es decir, la población se concentra especialmente en los segmentos de edades productivas.

De esta forma, en el 2011, del total de la población del país un 25.9% corresponde a la categoría de menores de edad, es decir, de los que tienen entre menos de 1 año hasta 13 años de edad; mientras que en Nuevo León el porcentaje es de un 23.8%.

Con relación a la población en edad de trabajar, es decir, las personas de 14 años y más (INEGI, 2012), representan el 74.1% del total de la población en el país y el 76.2% en el estado. De este grupo de población, el 58.5% y el 60.4%, respectivamente, se encuentran dentro de la Población Económicamente Activa (PEA), que se integra por la población ocupada y la desocupada (Gráfica 22).

Gráfica 22. Distribución de la población de 14 años y más según tipo de actividad en México y Nuevo León, 2011

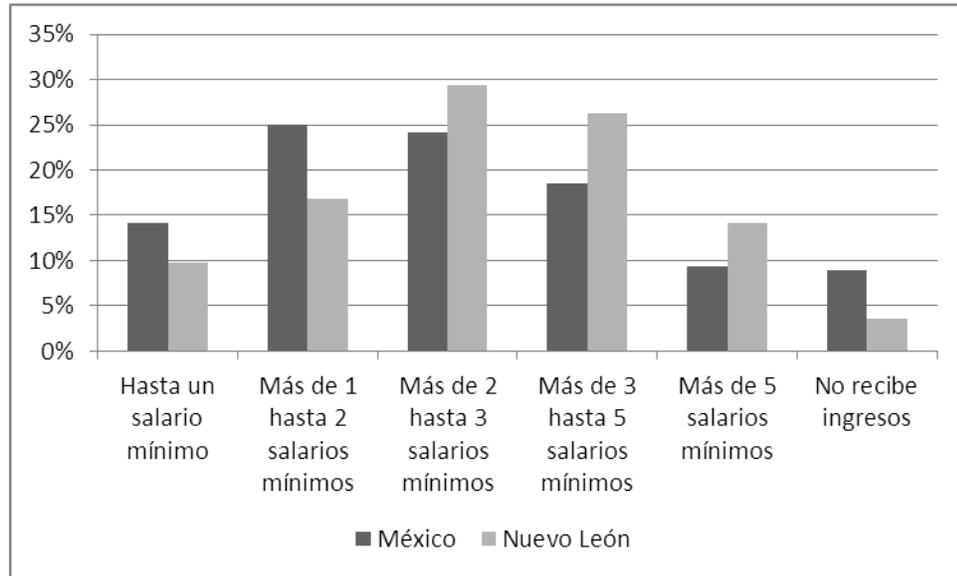


Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI (ENOE, 2 trim. de 2011).

El resto de la población de 14 años y más, es decir, el 41.5% a nivel nacional y 39.6% en el estado, se ubican en la Población No Económicamente Activa (PNEA), integrada por la población disponible para trabajar, la cual debería estar considerada dentro de los desocupados y de hecho representa más del doble de los desocupados, y la población no disponible para trabajar, es decir, amas de casa, estudiantes, etcétera, que no trabajan ni buscan hacerlo.

Considerando únicamente a la población ocupada, las proporciones de población en cada uno de los rangos de ingresos son muy variables a nivel nacional y estatal (Gráfica 23).

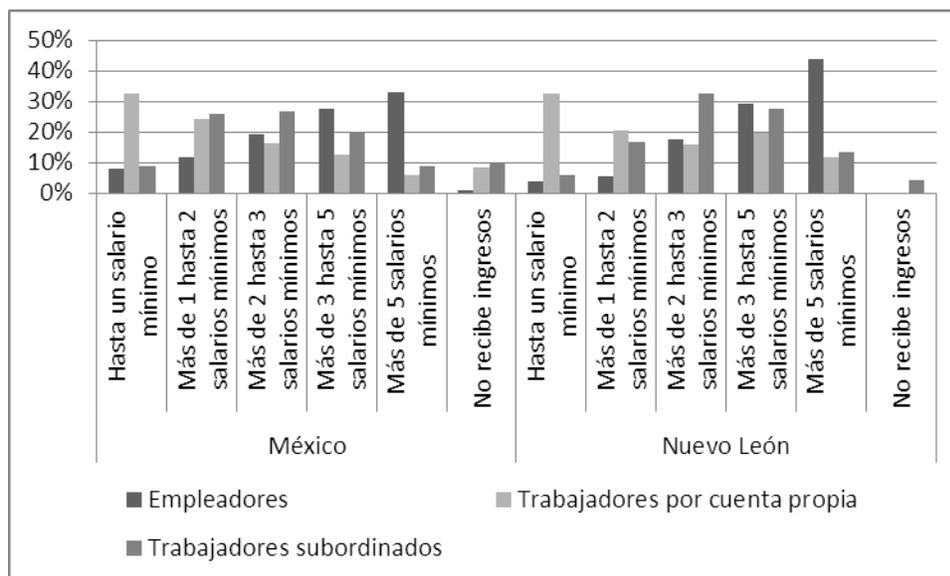
Gráfica 23. Distribución porcentual de la población ocupada, según nivel de ingresos en México y Nuevo León, 2011



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI (ENOE, 2 trim).

En los rangos de ingresos más bajos, es decir, hasta los que reciben 2 salarios mínimos e incluso los que no reciben ingresos, las proporciones son mayores a nivel nacional que en el estado; mientras que en los niveles de ingreso mayores de 2 salarios mínimos las proporciones de población son más altas a nivel estatal que nacional. Sin embargo, al revisar la información por tipo de ocupación de los trabajadores se encuentra que tanto a nivel nacional como estatal la población ocupada que tiene ingresos menores y hasta 1 salario mínimo es principalmente la dedicada al trabajo por cuenta propia, la cual representa el 22.4 % de la población ocupada a nivel nacional y el 15.6% a nivel estatal (Gráfica 24).

Gráfica 24. Población ocupada según situación de ocupación y nivel de ingresos en México y Nuevo León, 2011



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI (ENOE, 2 trim.).

Por su parte, la población subordinada a nivel nacional (la cual representa el 73.2% de la población ocupada) se ubica principalmente en el rango de ingresos entre 1 y hasta 3 salarios mínimos, mientras que en Nuevo León (donde la población subordinada representa el 81.3% de la población trabajadora) se concentra en el rango de entre 2 y 5 salarios mínimos. En el caso de los empleadores (segmento que representa el 4.4% y 3.1% de la población ocupada nacional y estatal, respectivamente) estos se concentran en los rangos de más altos ingresos, sin embargo, en Nuevo León la proporción que gana más de 5 salarios mínimo es mayor que a nivel nacional.

Características del trabajo decente:

Lo anterior es una referencia sobre el panorama general de cómo está estructurada la población del país y del estado de Nuevo León en cuanto a edades, ocupaciones, tipos de empleos e ingresos en el año del 2011. No obstante, esto aún no nos dice nada acerca de la calidad de los empleos existentes, es decir, del grado en que los trabajadores pueden ampliar sus capacidades para

hacer lo que más valoran a través de las libertades instrumentales que pueden poseer por estar trabajando, así como del derecho por el simple hecho de ser persona a tener un trabajo decente.

A continuación se presentan los cálculos respectivos de los Índices de Trabajo Decente (ITD) de México y Nuevo León para el segundo trimestre del 2007, un año antes de la crisis económica mundial del 2008, y para el 2011, año en el que todavía persiste la crisis económica, (Cuadro 11):

Cuadro 11. Índice de trabajo decente para México y Nuevo León, 2007 y 2011

Componentes	2007		2011	
	México	Nuevo León	México	Nuevo León
Empleo durable	0.642	0.753	0.630	0.715
Salario suficiente	0.305	0.447	0.252	0.324
Prestaciones o ingresos altos	0.448	0.698	0.429	0.643
Acceso a instituciones de salud	0.361	0.563	0.351	0.545
Índice de Trabajo Decente (ITD)	0.443	0.600	0.417	0.536

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI (ENOE 2 trimestre 2007 y 2011).

Tomando en cuenta lo señalado anteriormente de que cuando el ITD se ubica en el rango entre 0-0.49 significará un nivel bajo de *trabajo decente*; 0.50-0.79 indicará un nivel medio de *trabajo decente*; y de 0.80-1 un nivel elevado de *trabajo decente*, los datos obtenidos muestran que a nivel nacional en el segundo trimestre del 2011 el ITD se ubicó en el rango bajo de trabajo decente; mientras que el de Nuevo León en el rango medio, aunque muy cercano al nivel bajo. No obstante ambos índices se mantuvieron en el mismo rango de trabajo decente que en el 2007, el ITD del 2011 se ubicó en un nivel más bajo que el registrado en ese año, cayendo 5.9% a nivel país y 10.6% en el estado, debido a una caída generalizada en los diferentes subíndices del ITD.

Pasemos a analizar cada uno de los componentes del trabajo decente:

Empleo durable

A nivel nacional, el subíndice de empleo durable bajó de 0.642 en el 2007 a 0.630 en el 2011, es decir, disminuyó 1.9%; mientras que a nivel estatal se redujo 5% al pasar de 0.753 a 0.715, respectivamente, implicando esto una reducción en la capacidad de generación de empleo legalmente codificado que una sociedad debe de ofrecer, el cual constituye el tope inferior a partir del cual ningún empleo debe de traspasar.

Salario suficiente

Una característica que se puede observar en el cuadro anterior es que el indicador que tanto en el 2011 como en el 2007 muestra el peor desempeño a nivel nacional y estatal es el del salario suficiente lo cual sugiere que la riqueza que se genera no está permeando hacia la masa trabajadora. Sin embargo, en el 2011 el problema se agrava aún más al pasar el subíndice de 0.305 en el 2007 a 0.252 en el 2011 a nivel país (una caída del 17.6%) y de 0.447 a 0.324, respectivamente, a nivel estado (una disminución del 27.4%); ampliándose de esta forma la brecha entre quienes a través de su trabajo pueden o no adquirir los ingresos mínimos que, como señala Sen (2000), les dé el derecho económico y la libertad fundamental para comprar lo suficiente para vivir.

Prestaciones o ingresos altos

El índice de prestaciones o ingresos altos cayó también entre el 2011 y el 2007 tanto a nivel nacional como estatal al pasar de 0.448 en el 2007 a 0.429 en el 2011 en el país (una caída de 4.3%) y de 0.698 a 0.643, respectivamente, en el estado (una disminución del 7.9%), debido particularmente a una reducción de trabajadores independientes con ingresos mayores de 5 salarios mínimos, coincidiendo esto con el retroceso observado en el índice de salario suficiente y reflejando a la vez un aumento en la precarización laboral.

Acceso a instituciones de salud

El índice de acceso a instituciones de salud de la población ocupada bajó entre el 2011 y el 2007 tanto a nivel nacional como estatal al pasar de 0.361 en el 2007 a 0.351 en el 2011 en el país

(una baja de 2.9%) y de 0.563 a 0.545, respectivamente, en el estado (Una disminución del 3.3%), ampliándose también por este aspecto la precarización laboral y limitándose las capacidades de las personas al reducirse las posibilidades de acceder a una de las libertades constitutivas de todo ser humano como el derecho a la salud.

En conclusión, el índice de *trabajo decente* de nivel bajo que existe en el país hace referencia a que las libertades instrumentales mínimas necesarias para que las personas gocen de un trabajo decente no están siendo ofrecidas por la sociedad, incluso disminuyeron aún más en el 2011, limitando esto las posibilidades de la ampliación de las capacidades y libertades de la mayoría de los trabajadores, y sus familias así como su agencia para potenciar el desarrollo de las libertades de la sociedad en general.

En el caso del estado de Nuevo León, donde se registra un nivel medio de *trabajo decente*, se puede señalar que en el 2011 se dio un mayor retroceso que a nivel nacional en el avance logrado en el 2007 en el acceso a las diferentes libertades instrumentales del trabajo decente, ampliándose de esta forma el camino que falta por recorrer para que todos los trabajadores puedan gozar de esas libertades y puedan ampliar sus capacidades.

Al igual que a nivel nacional, el salario suficiente en Nuevo León es el componente más débil del ITD, significando esto (Sen, 2000) una gran limitante para que la población en general pueda cubrir sus necesidades básicas y de esa forma desplegar sus capacidades y oportunidades que le permitan una mejor calidad de vida. Además, también es una gran limitante para el funcionamiento económico pues los bajos ingresos representan una demanda débil, implicando esto que el consumo está realmente en manos de menos de la mitad de la población.

Sobre la diferencia entre los ITD y sus subíndices a nivel nacional y estatal, donde los de Nuevo León son mejores, puede explicarse en parte porque el estado es uno de los estados más productivos del país, es decir, es uno de los que más aporta a la producción nacional, implicando esto una mayor actividad productiva y oportunidades de empleo, mientras que a nivel país se

incluyen todas las entidades cuya aportación al PIB muestra grandes contrastes dado que las condiciones de desarrollo no son homogéneas en todos los estados.

Asimismo, pese a que en el estado el ITD muestra un mejor nivel que a nivel nacional, en ambos casos este indicador por sí mismo nos muestra que existe una problemática muy fuerte, un déficit de trabajo decente que se constata con la falta de empleos de calidad, y su contraparte, pues más allá del trabajo decente entramos en el espacio social de los empleos precarios. Éstos no deberían tener una presencia tan fuerte en los mercados laborales, pues constituye una circunstancia que genera un círculo vicioso, ya que genera un proceso regresivo en la formación de los salarios, cuestiona desde la misma estructura productiva y el modelo de desarrollo los mecanismos de concertación entre los actores y se abre paso a las fuerzas de mercado; asimismo, se deterioran las condiciones necesarias para crear la cohesión social y mantener la vigencia y legitimidad del mundo del trabajo.

Si no se revierten estas tendencias, la prolongación de la fractura del mundo del trabajo puede cuestionar la esencia y supervivencia del sistema económico vigente y, en consecuencia, abrir los cauces hacia la descomposición social.

No obstante, un elemento importante para que la población pueda acceder a un trabajo decente es la educación, como a continuación se puede ver.

La educación: un elemento de potenciación del trabajo decente

No obstante, como ya se revisó, falta mucho por hacer para lograr que exista una sociedad donde sus miembros pueden disfrutar de un empleo con las características mínimas necesarias de un trabajo decente, algo que puede facilitar avanzar hacia mejores niveles de trabajo decente es la educación, pues como lo señala la OIT (2001): *“No habrá trabajo decente sin democracia, justicia social y ciudadanía. Y no habrá nada de esto sin educación...”*. Sachs (2004:196) refuerza esta tesis y hace referencia a la importancia de este aspecto de la formación al indicar que *“la educación es una condición necesaria (...) para lograr un trabajo decente”*.

Desde la visión del Desarrollo Humano, la importancia de la educación no sólo está relacionada con el trabajo, de acuerdo a Sen (2000):

La educación es una libertad básica del ser humano, pues es a través de esta que las personas pueden adquirir las capacidades necesarias para participar de manera efectiva en actividades económicas, sociales y políticas. Por ejemplo, por medio de la educación se tiene la libertad de leer la prensa o comunicarse por escrito con otros agentes, o bien, tener participación política, lo que permite expandir las libertades, fin primordial y medio principal del desarrollo.

También, la educación contribuye a fomentar el desarrollo económico, a reducir las tasas de mortalidad y de natalidad a través la modificación en la conducta relacionada con la fecundidad, ampliando de esta manera las libertades de los individuos al permitirles potencializar sus capacidades.

En el caso de las mujeres, la educación impulsa el poder de decisión de la mujer en la familia de muchas maneras: su influencia en su posición social, en su capacidad de ser independiente, de expresarse, en su conocimiento del mundo exterior, su habilidad para influir en las decisiones de grupo, etcétera.

La mejora de las capacidades humanas a través de la educación también tiende a ir acompañada de un aumento de la productividad y de las posibilidades para obtener ingresos. De esta manera, la mejora de las capacidades contribuye directa e indirectamente a enriquecer la vida de las personas y a lograr que las privaciones como la pobreza sean un fenómeno más raro y menos grave.

Además, la educación es un elemento que permite aprovechar las ventajas que trae consigo la globalización, ya que facilita que las personas puedan trabajar en programas de calidad, con nuevas tecnología lo que, además de permitir la transformación de las posibilidades económicas de un país o una región, también eleva las posibilidades de mejorar la vida de las personas en las que influye ese cambio técnico. Esto es, la igualdad de oportunidades culturales así como de

oportunidades económicas pueden ser algo muy importante en un mundo globalizado, pues algunos países han quedado rezagados.

La importancia de la educación también tiene que ver con que los individuos puedan participar en las decisiones sociales, si lo desean; la de estar bien informado o instruido, y la de tener oportunidades reales de participar libremente en la política.

Es por ello que la educación es un elemento de potenciación para el ser humano y que, desde la perspectiva laboral, contribuye a lograr un mejor nivel de trabajo decente ampliando de esta forma las oportunidades de los individuos.

Considerando lo anterior se realiza el cálculo del ITD, tomando en cuenta la característica de la escolaridad (primaria incompleta, primaria completa, secundaria completa y nivel medio y superior) para obtener el *Índice de Trabajo Decente por Escolaridad (ITD+E)* y así poder conocer la base mínima de potencial dinámico del trabajo decente (Cuadros 12 y 13).

Cuadro 12. Índice de trabajo decente de acuerdo al nivel de educación (ITD+E) para México y Nuevo León, 2007

Componentes	MÉXICO				NUEVO LEÓN			
	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria	Educ. media y superior	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria	Educ. media y superior
Empleo durable	0.447	0.523	0.677	0.828	0.563	0.624	0.779	0.872
Salario suficiente	0.127	0.207	0.292	0.533	0.236	0.355	0.454	0.634
Prestaciones o ingresos altos	0.167	0.313	0.503	0.698	0.366	0.562	0.734	0.814
Acceso a instituciones de salud	0.112	0.231	0.420	0.580	0.251	0.416	0.615	0.660
ITD + E	0.233	0.327	0.470	0.657	0.360	0.477	0.626	0.734

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI (ENOE 2 trimestre 2007).

Cuadro 13. Índice de trabajo decente de acuerdo al nivel de educación (ITD+E) para México y Nuevo León, 2011

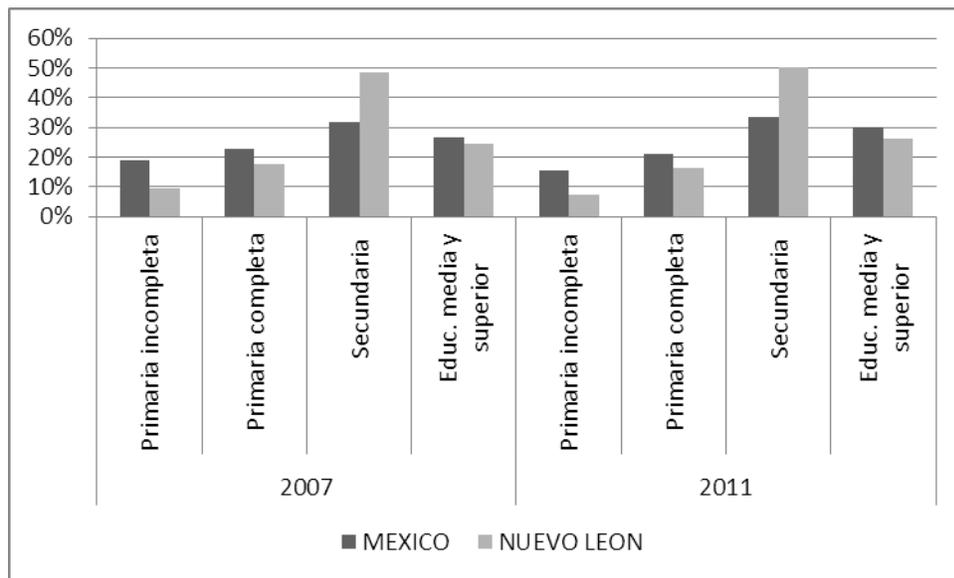
Componentes	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria	Educ. media y superior	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria	Educ. media y superior
Empleo durable	0.443	0.520	0.649	0.798	0.518	0.600	0.728	0.837
Salario suficiente	0.100	0.162	0.224	0.424	0.189	0.258	0.318	0.415
Prestaciones o ingresos altos	0.149	0.272	0.452	0.659	0.367	0.503	0.667	0.760
Acceso a instituciones de salud	0.088	0.193	0.379	0.567	0.214	0.362	0.579	0.684
ITD + E	0.216	0.298	0.424	0.604	0.320	0.418	0.549	0.652

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI (ENOE 2 trimestre 2011).

Los resultados obtenidos de los índices de *trabajo decente*, de acuerdo al nivel de educación (ITD+E), coinciden con los planteamientos antes señalados de la OIT (2001) y Sachs (2004) acerca de que la educación es necesaria para tener un trabajo decente, pues a medida que las personas tienen un mayor nivel de estudios mejora el indicador de trabajo decente. No obstante, al igual que el ITD general, Nuevo León muestra también relativamente mejores indicadores de trabajo decente en cada uno de los niveles educativos que el país en general.

De acuerdo a los resultados, en el 2011 a nivel país es necesario tener educación media o superior como base mínima para entrar en lo que se podría llamar un potencial dinámico hacia el *trabajo decente*, pues es a partir de este nivel donde se obtiene un ITD+E mayor al 0.50, que es el límite inferior del rango correspondiente al *trabajo decente* medio (0.50 a 0.79), de acuerdo a la metodología descrita; esto tiene especial relevancia si se considera que en ese año el 70% de la población ocupada tiene nivel de educación secundaria o menor lo que refleja la baja calidad del empleo que tiene la población (Gráfica 25).

Gráfica 25. Distribución porcentual de la población ocupada según nivel de educación en México y Nuevo León, 2007 y 2011



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI (ENOE, 2º. Trimestre).

En contraste, en el estado de Nuevo León, contar con un nivel de educación de secundaria completa es la base mínima para poder entrar en ese potencial dinámico hacia el *trabajo decente*, ya que es a partir de ese nivel donde se obtiene un ITD+E mayor al 0.50 por lo que, de acuerdo a la distribución de la población ocupada, siendo la población con primaria completa e incompleta la que en promedio estaría más lejos de alcanzar ese potencial dinámico, población que representa el 24% de los ocupados.

Sin embargo, es importante señalar que en los años observados ni siquiera el sector laboral que cuenta con educación media y superior, tanto en México como en Nuevo León, ha logrado acceder al rango de ITD elevado, que se inicia a partir del valor de 0.80, e incluso en el 2011 se aleja más de ese objetivo, evidenciando con esto lo mucho que falta por hacer en la calidad de los empleos.

Además, es importante destacar que los índices de trabajo decente del 2011 para cada nivel de educación fueron menores que los del 2007 aunque se mantuvieron en el mismo rango de trabajo

decente, así como que los subíndices que influyeron en estas variaciones no siempre fueron los mismos en los diferentes niveles de educación.

Población ocupada con primaria incompleta

Las cifras arriba mostradas evidencian de manera cruda el alto grado de abandono en que se encuentran las personas ocupadas que tienen educación de primaria incompleta, en especial a nivel país, las cuales en el 2011 tenían un ITD+E de 0.216 y representaban el 16% del total de la población ocupada; mientras que en el 2007 tenían un ITD+E de 0.233 y su población representaban el 19% del total de la población ocupada, es decir, el índice cayó 8%. No obstante todos los subíndices que integran el ITD+E disminuyeron para el 2011, los principales retrocesos se observaron en los subíndices de salario suficiente (-21%), el de acceso a instituciones de salud (-21%) y el de prestaciones o ingresos altos (-11%).

Aunque como ya vimos las cifras del ITD benefician menos a la personas ocupadas que tienen educación de primaria incompleta, en Nuevo León la calidad del empleo para esta población, que representa el 7% del total de ocupados en del estado, es mejor que a nivel país pues en el 2011 el ITD+E fue de 0.320; mientras que en el 2007 fue de 0.360, lo que en ambos casos el índice fue mayor que los obtenidos a nivel país no solo para la población con primaria incompleta sino también para los de primaria completa. No obstante, comparado con el ITD+E de 2007, en el 2011 el ITD+E para la población ocupada con primaria incompleta disminuyó 11%, esto debido a que todos los subíndices que lo integran cayeron en el estado, siendo los principales retrocesos los que se observaron en los subíndices de salario suficiente (-20%), acceso a instituciones de salud (-15%) y empleo durable (-8%).

Población ocupada con primaria completa

En el caso de los trabajadores que tienen primaria completa en el país, en el 2011 el ITD+E cayó 9% con relación al 2007 ya que en el 2001 el ITD+E fue de 0.298 y representaba el 21% del total de la población ocupada; mientras que en el 2007 el índice fue de 0.327 y su población

representaban el 23% del total de la población ocupada. No obstante todos los subíndices que integran el ITD+E disminuyeron para el 2011, los principales retrocesos se observaron en los subíndices de salario suficiente (-22%) y el acceso a instituciones de salud (-17%). Seguido por prestaciones o ingresos altos (-13%).

En Nuevo León, el ITD+E para la población ocupada con primaria completa cayó 12% al ser de 0.418 en el 2011 y en el 2007 de 0.477, ubicándose en el primer caso ligeramente por debajo del índice del país a nivel secundaria y en el segundo caso, es decir en el 2007, por encima del índice del país a nivel secundaria. Comparado con el 2007, en el 2011 todos los subíndices que integran el ITD+E disminuyeron siendo los principales retrocesos los que se observaron en los subíndices de salario suficiente (-27), acceso a instituciones de salud (-13%) y prestaciones o ingresos altos (-11%).

Población ocupada con secundaria

En el caso de los trabajadores que tienen secundaria completa a nivel país el ITD+E cayó un 10% al ser en el 2011 de 0.424 y representar el 33% del total de la población ocupada; mientras que en el 2007 el ITD+E fue de 0.470 y su población representaba el 32% del total de la población ocupada. No obstante, todos los subíndices que integran el ITD+E disminuyeron para el 2011, los principales retrocesos se observaron en los subíndices de salario suficiente (-23%) y prestaciones o ingresos altos (-10%) y acceso a instituciones de salud (-10%).

En Nuevo León, el ITD+E para la población ocupada con secundaria completa cayó 12% al ser de 0.549 en el 2011 y de 0.626 en el 2007, ubicándose en ambos casos muy cerca de los índices del país en el nivel de educación medio y superior. Comparado con el 2007, en el 2011 todos los subíndices que integran el ITD+E disminuyeron en el estado siendo los principales retrocesos los que se observaron en los subíndices de salario suficiente (-30%), prestaciones o ingresos altos (-9%) y en menor grado el acceso a instituciones de salud (-6%) y empleo durable (-6%).

Población ocupada con educación media y superior

En el caso de los trabajadores que tienen educación media y superior en el país, en el 2011 el ITD+E cayó 8% al ubicarse el índice en 0.604, y representando al 30% del total de la población ocupada; mientras que en el 2007 había un ITD+E de 0.657 y su población representaban el 27% del total de la población ocupada. No obstante, todos los subíndices que integran el ITD+E disminuyeron para el 2011, los principales retrocesos se observaron en los subíndices de salario suficiente (-20%) y prestaciones o ingresos altos (-6%), seguido por el de empleo durable (-4%).

En Nuevo León, el ITD+E para la población ocupada educación media y superior disminuyó 11% al ubicarse en 0.652 en el 2011; mientras que en el 2007 fue de 0.734, estando en ambos casos por encima de los índices del país en el nivel de educación medio y superior. Comparado con el 2007, en el 2011 todos los subíndices que integran el ITD+E disminuyeron en el estado siendo los principales retrocesos los que se observaron en los subíndices de salario suficiente (-34%), cuya variación fue la más alta de todos los datos, seguida de las prestaciones o ingresos altos (-7%) y en menor grado el empleo durable (-4%).

En conclusión, el índice de *trabajo decente* de nivel bajo que existe en el país y que desde el punto de vista del nivel de educación se tiene, aunque en diferentes grados, en la población ocupada con primaria incompleta, primaria completa y secundaria hace referencia a que las libertades instrumentales mínimas necesarias para que las personas gocen de un trabajo decente no están siendo ofrecidas por la sociedad, implicando esto grandes limitantes para poder ampliar las capacidades y libertades de la mayoría de los trabajadores, y sus familias así como su agencia para potenciar el desarrollo de las libertades de la sociedad en general, ya que solamente los que tienen educación media o superior se encuentran en lo que se podría llamar el potencial dinámico del trabajo decente.

En el caso del estado de Nuevo León, donde se registra un nivel medio de *trabajo decente* de manera general, y que desde el punto de vista del nivel de educación se tiene, aunque en diferentes grados, en la población ocupada con secundaria y educación media y superior, hace

referencia a que se ha avanzado en el acceso a las diferentes libertades instrumentales del trabajo decente, sin embargo, aún existe un gran camino por recorrer para que todos los trabajadores puedan gozar de esas libertades y puedan ampliar sus capacidades

Se puede señalar que con relación al 2007, en el 2011 se dio un retroceso en todos los ITD+E en el país y en el estado, ampliándose de esta forma el camino que falta por recorrer para que todos los trabajadores puedan gozar de esas libertades y puedan ampliar sus capacidades.

Al igual que a nivel nacional, el salario suficiente en Nuevo León es el componente que más cayó, pero especialmente esto ocurrió en Nuevo León, significando esto (Sen, 2000) una gran limitante para que la población en general pueda cubrir sus necesidades básicas y de esa forma desplegar sus capacidades y oportunidades que le permitan una mejor calidad de vida. Además, también es una gran limitante para el funcionamiento económico pues los bajos ingresos representan una demanda débil. Esto se explica fundamentalmente porque en México la desconexión entre ingresos y conocimientos es muy grande, lo que sugiere la necesidad de que las políticas laborales vayan más encaminadas a permitir que el avance en la educación se reconozca a través de empleos mejor remunerados para las personas, que fortalezcan la economía del conocimiento y permitan una mejora en la calidad de vida.

5. El trabajo decente, libertad constitutiva e instrumental: el caso de los médicos y enfermeras del sector de la salud

Como se señaló anteriormente, la educación es uno de los elementos que influyen en el nivel de trabajo decente que las personas pueden alcanzar, pero también contribuye al desarrollo humano y sustentable pues, la mejora de las capacidades humanas a través de la educación también tiende a ir acompañada de un aumento de la productividad y de la posibilidad de obtener mejores ingresos, enriqueciendo la vida del hombre y a la vez contribuyendo a lograr de una manera más

rápida que las privaciones como la pobreza se reduzcan y se constituya en un fenómeno menos grave, facilitando el camino hacia la equidad.

Tomando en cuenta lo anterior, a continuación se presenta la medición del Índice del Trabajo Decente para el segmento específico de trabajadores de los médicos y las enfermeras que trabajan en el sector de la salud en México y en el estado de Nuevo León con la finalidad de conocer los cambios que se han dado en las condiciones de trabajo en esta porción de la población que se caracteriza por estar altamente educada, especialmente en el caso de los médicos. En este caso la alta especialización en conocimientos que requiere su profesión constituye, uno de los insumos principales para la prestación de sus servicios.

Cabe destacar que, para ser médico se requieren al menos 6 años de estudio a nivel profesional; mientras que en las enfermeras los estudios pueden ser a nivel técnico o profesional, aunque en los años más recientes son cada vez más las enfermeras que tienen el grado profesional (ENOE/INEGI, 2011)). Para este análisis se considerarán únicamente a los médicos y enfermeras que tienen estudios terminados con la finalidad de comprender de una manera más exacta lo que está sucediendo en este tipo de profesiones.

No obstante, antes de presentar los datos obtenidos, se presenta un panorama general sobre lo que sucede en este segmento de profesionistas y técnicos de la salud, tomando como referencia la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) del segundo trimestre del 2011, que publica el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

Características generales:

Los médicos

De acuerdo a la ENOE: En el segundo trimestre del 2011 existen en el país 556.7 mil médicos con estudios terminados, de los cuales el 80% tiene estudios de licenciatura y un 20% de posgrado, es decir, una especialidad; mientras que en el estado de Nuevo León hay 19.1 mil

médicos (un 3% del total nacional), de los que el 75% tiene licenciatura y el 25% posgrado, destacando la entidad con una proporción mayor de especialistas que a nivel país.

Desde la perspectiva de género, la población de médicos en el país se divide prácticamente de manera igual entre hombres y mujeres, pues en el periodo observado del total de médicos 49.9% son hombres y 50.1% mujeres; sin embargo, existe una mayor igualdad de género en licenciatura, con un 45% de hombres y 55% de mujeres, que en posgrado donde el 69% son hombres y 31% mujeres. En Nuevo León, los médicos son un poco más de hombres que de mujeres ya que, del total de médicos en el estado el 57.9% son del sexo masculino y el 42.1% del femenino. Sin embargo, la distribución dentro de cada nivel de estudios muestra que a nivel de licenciatura el 55% son hombres y el 45% mujeres; mientras que en posgrado el 65% son hombres y el 35% mujeres. Por lo que tanto a nivel nacional como estatal existe una mayor igualdad de género en licenciatura que en posgrado donde hay más hombres.

Con relación a las actividades a las que se dedican los médicos, los datos muestran que tanto a nivel país como en el estado la mayor parte de la población con estas profesiones está ocupada. De los 556.7 mil médicos que hay a nivel nacional, 417.5 mil trabaja, es decir, el 75% del total; el 2% está desocupado, el 3% se encuentra dentro de la población no económicamente activa (PNEA) disponibles y el restante 21% dentro de la PNEA no disponible para trabajar. Mientras que en Nuevo León, los indicadores muestran una realidad más positiva, pues de los 19 mil médicos que hay en la entidad, 16.1 mil médicos se encuentran ocupados, lo que equivale al 84% de total de médicos en el estado, el 2% está desocupado, el 4% se encuentra dentro de la población no económicamente activa (PNEA) disponibles para trabajar y el restante 10% dentro de la PNEA no disponible para trabajar.

Sin embargo, ¿cuántos de estos médicos que trabajan se desempeñan en actividades relacionadas a su profesión, es decir, al cuidado de la salud?

Médicos que laboran en el sector de la salud

Como se señaló anteriormente, en el país hay 417.5 mil médicos que se encuentran ocupados, sin embargo, no todos se desempeñan en su profesión. Del total de médicos que trabaja, sólo 331.1 mil realiza actividades relacionadas con el cuidado de la salud, como médicos generales y especialistas, psicólogos, odontólogos, nutriólogos, optometristas y dentistas, lo que representa el 79% del total de médicos ocupados; mientras que el restante 21% se desempeña en otras actividades que van desde ingenieros, maestros, periodistas, gerentes, ayudantes de construcción, jardineros, conserjes, recepcionistas, comerciantes, vendedores ambulantes, vigilantes, bomberos y muchas otras más. En Nuevo León se presenta la misma tendencia con muy pocas variaciones. En efecto, de los 16.1 mil médicos ocupados, 13 mil trabajan en actividades relacionadas con el cuidado de la salud, es decir, el 81% del total de ocupados; mientras que el restante 19% desempeña otras actividades similares a las ya mencionadas a nivel nacional.

Dado lo anterior, en el 2011 había en el país 2.9 médicos¹³³ por cada mil habitantes cifra que, comparándola con los datos del Banco Mundial¹³⁴ (BM, 2010) para el 2010, se encuentra por debajo de lo reportado para Argentina (3.2) y muy por debajo de países como Grecia y Cuba quienes tenían 6.2 y 6.7 médicos por cada mil habitantes, respectivamente. Sin embargo, México se encuentra por encima de países como Estados Unidos que en el 2010 tenía 2.4 médicos por cada mil habitantes, Japón (2.1) y Brasil (1.8). Además, de acuerdo a la OCDE¹³⁵ (s/f), el promedio de médicos por cada mil habitantes en los países miembros era de 4.1 al 2005, por lo que si se considera esta cifra como un referente tendríamos que en México se encuentra por debajo de esta cifra existiendo un déficit en esta libertad instrumental necesaria para que la población pueda

¹³³ Considerando únicamente a los que trabajan en el sector de la salud.

¹³⁴ No obstante se habla de momentos distintos, se toman estas cifras como punto de referencia por ser las más nuevas reportadas a nivel mundial.

¹³⁵ Los países miembros de la OCDE son: Canadá, Estados Unidos, México, Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República Eslovaca, Suecia, Suiza, Turquía, Australia, Japón, Nueva Zelanda y República de Corea.

ejercer de la mejor manera su libertad en salud. Lo anterior nos muestra la necesidad de que México aumente sus esfuerzos para acercarnos a los niveles de atención médica que tiene la OCDE, organismo del cual México también es miembro.

Para ello, es importante replantearse el papel de la educación en la sociedad del conocimiento y los compromisos que la sociedad debe de asumir con su población aumentando la inversión en educación y particularmente en las carreras de ciencia de la salud. Es necesario redoblar los esfuerzos para garantizar la necesaria atención que requiere la población en un contexto en el cual cada vez más se reconoce a la salud como un derecho universal. Por otra parte, es necesario replantearse también los requerimientos en infraestructura médica y hospitalaria necesarios para detonar la creación de empleos para los médicos y enfermeras que existen en el país. Educación y salud tendrían que constituirse en actividades estratégicas de una sociedad dispuesta a insertarse en la globalización desde la sociedad del conocimiento y el reconocimiento de ambos aspectos de la realidad, educación y salud como derechos universales. Es decir, profundizar en la creación de entornos adecuados para fortalecer las libertades instrumentales abre la posibilidad de que los médicos que se encuentran ocupados en otras actividades diferentes a las de la salud puedan ser reacomodados para desempeñarse en su profesión, se diera un mayor apoyo a las universidades con la finalidad de aumentar la cantidad de médicos egresados y la calidad de la educación que se les imparte, así como para la construcción de infraestructura suficiente para dar la atención médica que se necesita, pues en el 2007 el número de camas por cada 1,000 habitantes era de 0.8 camas (INEGI, 2009), por debajo de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud de 2 camas por cada mil habitantes, es decir, hay un déficit de más del 100% en México.

Por lo que considerando estas cifras tenemos que en el país se da una sobrecarga de trabajo para los médicos, lo cual se agrava aún más si se considera este déficit de infraestructura requerida para prestar el servicio del cuidado de la salud.

Por otra parte, en el 2011 había en Nuevo León 2.8 médicos por cada mil habitantes, ligeramente por debajo de lo que se registra a nivel país (2.9), surgiendo de esta manera la pregunta ¿por qué en Nuevo León existe una cantidad menor de médicos por cada mil habitantes que a nivel nacional, siendo un estado donde existe una amplia oferta educativa médica así como infraestructura hospitalaria pública y privada?

Como se señaló en el capítulo 3, a parte de la infraestructura de salud del sector público, existe una amplia oferta de servicios hospitalarios privados orientados especialmente a la población de medios y altos ingresos así como al turismo médico, entre estos hospitales se encuentran:¹³⁶ la clínica Vitro, Oca Hospital, Doctors Hospital (de Grupo OCA), Hospital de Ginecología y Obstetricia (GINEQUITO), Hospital San José Tec de Monterrey, Grupo Christus Muguerza, Centro Internacional de Medicina CIMA Monterrey, Hospital La Carlota, Servicios Integrales Nova de Monterrey, Clínica Cuauhtémoc y Famosa, La Casa del Diente, el Centro Médico Zambrano Hellion. Recientemente, en octubre del 2012, se agregó Hospitaria, un complejo hospitalario construido de manera conjunta por Ginequito y el fondo de inversión Ámbar Capital y financiado por el Banco Mundial, cuya inversión ascendió a más de 270 millones de pesos¹³⁷. Lo que aunado al crecimiento dinámico que ha tenido lo ha constituido en un polo de desarrollo regional con el crecimiento poblacional que lo ha acompañado que le permitió aumentar en un 50 por ciento su población en los últimos 20 años¹³⁸. Además, con relación a la oferta educativa médica, de acuerdo a la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), en el estado hay 5 escuelas de medicina, entre ellas, la que se ofrece en Universidad Autónoma de Nuevo León y la del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey.

¹³⁶ <http://www.monterreyciudaddeasalud.com/>

¹³⁷ <http://www.hospitaria.com>

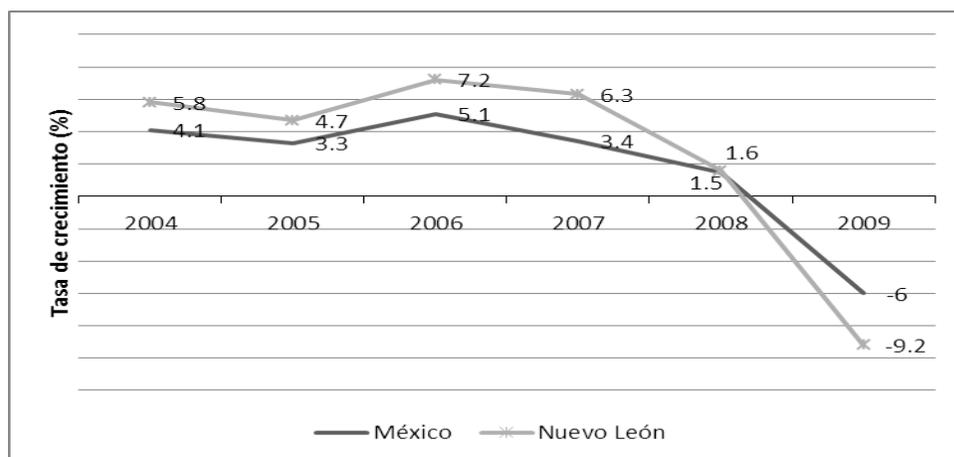
¹³⁸ En 1990 la población en el estado era de 3.1 millones de personas y para el año 2010 la población ascendía a 4.7 millones (INEGI, Censos de población 1990 y 2010).

Sin embargo, a pesar de contar con infraestructura hospitalaria y educativa, el número de médicos por cada mil habitantes en Nuevo León no sólo es menor al reportado a nivel nacional en el 2011 sino también se encontró que el número de médicos en el estado es menor en el 2011 que en el 2007, pasando de 3.6 médicos por cada mil habitantes en el 2007 a 2.8 médicos en el 2011, lo cual pudiera explicarse en primera instancia por dos fenómenos: la desaceleración económica y los problemas de inseguridad que en los últimos años han aquejado al país y que también han afectado de manera significativa al estado de Nuevo León.

La desaceleración económica

Hasta el año 2007, el crecimiento económico anual del estado de Nuevo León era mayor que el promedio nacional (Gráfica 26), sin embargo, a partir de la crisis financiera de Estados Unidos en el 2008 la cual posteriormente se tradujo en una crisis económica mundial, el desempeño económico en el país se desaceleró a tal grado que en el 2009 el PIB cayó 6% a nivel nacional y 9.2% en el estado, esta mayor caída en la actividad económica del estado de debe a que la relación económica de Nuevo León con Estado Unidos es más fuerte que la del país en general (Gutiérrez, Garza, et al, 2011).

Gráfica 26. Tasas de crecimiento del PIB de México y Nuevo León, 2004-2009



Fuente: Gutiérrez Garza, et al (2012). PIB en pesos del 2003.

Esta desaceleración económica pudo haber ocasionado una menor demanda de servicios médicos y con ello el despido de médicos o bien contribuido a que estos buscaran mejores oportunidades en otros lugares fuera de la entidad.

La inseguridad

Al tiempo que ocurría la crisis financiera de Estados Unidos la cual posteriormente se tradujo en una crisis económica mundial afectando también a México, en este último se agrava la lucha contra la delincuencia organizada. Esta guerra, iniciada a finales del 2006 por el gobierno del presidente Felipe Calderón y que continua a la fecha, ha dejado más de 50 mil muertos solamente del 2007 al 2011, además de ataques contra sedes policiales, soldados, funcionarios de seguridad, centros de drogodependientes, la población civil, así mismo ha ocasionado el cierre de accesos a ciudades importantes a manos de sicarios secuestros, extorción, el desplazamientos de personas de sus hogares por el aumento de la violencia, entre otras cosas (Pereyra, 2012). La tasa nacional de homicidios pasó de 8 a 18 por cada 100 mil habitantes entre 2008 y 2009 (Escalante, 2011).

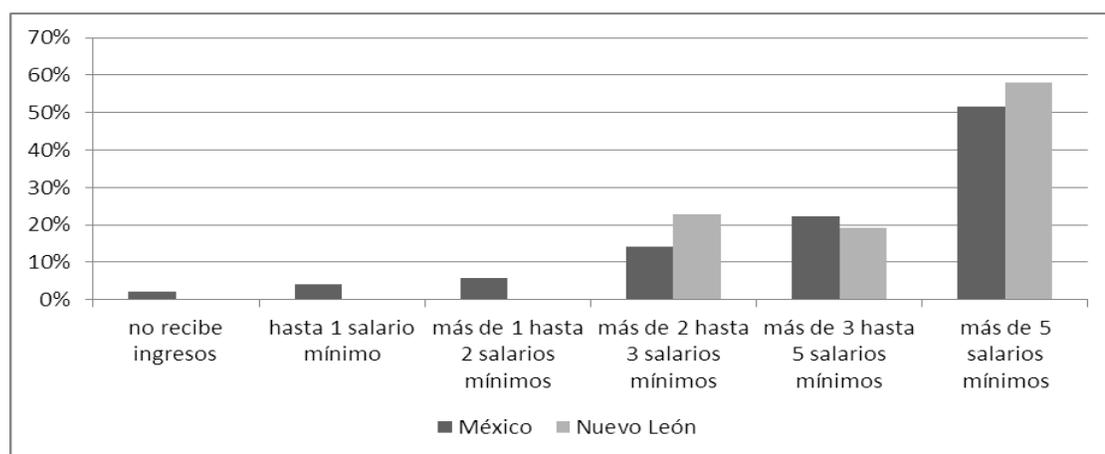
Los efectos de esta guerra también se han dejado sentir en el segmento de los médicos siendo víctimas de secuestros, extorciones, levantones, asaltos, entre otros delitos, situación que llevó a que el pasado 20 de octubre del 2012 se realizara una protesta pacífica en la entidad exigiendo seguridad para poder desempeñar su labor (Santacruz, 2012) y más recientemente, el 4 de noviembre del 2012 se informó que la mayoría de los casos de agresión a médicos se han dado en los estados de Chihuahua, Jalisco, Sonora, Nuevo León, San Luis Potosí, Michoacán, Durango, Guerrero y Campeche (Martínez, 2012).

Por lo anterior muy probablemente ambos eventos, la desaceleración económica así como la guerra contra la delincuencia organizada, podrían explicar la reducción de la cantidad de médicos en la entidad, situación que aparte de ocasionar un incremento del trabajo en los médicos que se

mantienen en la entidad, también reduce las oportunidades para que las personas accedan a la atención de la salud.

En relación a las percepciones económicas y considerando únicamente a los médicos que trabajan en actividades relacionadas con la salud, se encuentra la siguiente distribución de los ingresos percibidos (Gráfica 27).

Gráfica 27. Médicos en el sector salud en México y Nuevo León, según nivel de ingresos, 2011



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENOE, II trim. 2011 (INEGI).

A pesar de que este sector de trabajadores tienen la característica de tener un alto nivel de educación, como ya se señaló, y tomando en consideración lo que se presentó con anterioridad en este capítulo acerca de que un salario de subsistencia o suficiente es de 3 salarios mínimos, se puede observar que a nivel país el 26% de los médicos que labora en actividades del sector de la salud tiene ingresos precarios, menores a tres salarios mínimos mensuales o bien no recibe ingresos (el 2% no reciben ingresos; el 4% perciben ingresos menores de 1 salario mínimo, es decir, menos de 1,800 pesos mensuales; el 6% ganan más de 1 hasta 2 salarios mínimos máximo, más de 1,800 hasta 3,590 pesos mensuales y; el 14% obtienen entre 2 y 3 salarios mínimos máximo, es decir, más de 3,590 hasta 5,380 pesos mensuales; quedando esta población en una posición de plena vulnerabilidad. Asimismo, el 22% de los médicos gana entre 3 y 5 salarios mínimos, o sea, más de

5,380 hasta 8,970 pesos mensuales y, solamente el 52% de los médicos tiene ingresos mayores a los 5 salarios mínimos (más de 8,970 pesos mensuales), es decir, solamente la mitad de los médicos que se desempeña en actividades relacionadas con la salud se encuentra en una situación donde puede cubrir más allá que las necesidades básicas de él y su familia. En el caso de Nuevo León, las condiciones de los médicos son menos desfavorables pues en el 2011, no había médicos que trabajaran y no tuvieran ingresos o que este fuera menor de 2 salarios mínimos, ya que el ingreso más bajo percibido por los que ejercen esta profesión era de entre 2 y 3 salarios mínimos y lo percibía el 23% de los médicos por lo que, aunque las condiciones de ingreso son precarias son menos que las observadas a nivel nacional. Asimismo, el 19% de los médicos gana más de 3 y hasta 5 salarios mínimos y el 58% de los médicos tiene ingresos mayores a los 5 salarios mínimos mostrando lo anterior que la posibilidad de tener un mejor ingreso monetario como médico es mayor en Nuevo León que a nivel país.

Por lo que se puede señalar que no obstante la mayor parte de los médicos tanto a nivel nacional (52%) como estatal (58%) tienen ingresos mayores a los 5 salarios mínimos, existe una polarización de los ingresos pues, el resto de estos profesionistas (48% en México y el 42% en Nuevo León) no superan la barrera de los 5 salarios mínimos, muchos de ellos tienen ingresos precarios, especialmente a nivel nacional, lo que aunado a que existe un menor número de médicos por cada mil habitantes tanto a nivel país como en el estado que el referente señalado por la OCDE, da muestra de las difíciles condiciones laborales que enfrentan una gran cantidad de Médicos.

Con relación a la posición en la ocupación, los médicos asalariados representan el 64% que laboran en el sector en el país, pero en Nuevo León solamente es el 39%; como empleadores se ubica el 9% de los médicos a nivel nacional y el 14% estatal; y como trabajadores por cuenta propia el 24% de los médicos del país y el 47% en el estado, además, un 2% de los médicos en el país son trabajadores sin pago.

Ciertamente, esta distribución muestra la diferencia en los patrones de ocupación a nivel país y en el estado, pues a nivel nacional la mayor proporción de médicos se ubica como trabajador subordinado (64%) mientras que Nuevo León destaca en la proporción de médicos que se clasifican como trabajadores por cuenta propia con el 47%; asimismo, a nivel país le siguen los trabajadores por cuenta propia con el 24% de los médicos, los empleadores con el 9% y por último los trabajadores sin pago con un 2% de los médicos; por su parte, en el estado el segundo grupo más importante es el de trabajador subordinado (39%), seguido por el de empleadores con el 14%. Con esto, se puede señalar que en la actualidad las posibilidades de ejercer la medicina como profesión liberal son mayores en el estado que a nivel nacional.

Esto se puede apreciar mejor al revisar las siguientes cifras. En una comparación con el año de 1987, cuando el país se encontraba en crisis y en un proceso de cambio estructural hacia el modelo neoliberal, la estructura ocupacional actual de los médicos no se ha modificado de manera importante a nivel país pero sí en el estado de Nuevo León. Hace 24 años la posición de subordinado remunerado aplicaba para el 66% de los médicos en el país, y para el 84% en el estado; como empleadores se ubicaba el 12% de los médicos a nivel nacional y el 0% en el estado; y como trabajadores por cuenta propia el 22% de los médicos del país y el 16% en el estado. Por lo que se puede señalar (como ya se revisó en el capítulo 3) que los cambios estructurales realizados en el país, así como de manera particular en el sector de la salud, durante las décadas de los 80 y 90 han impactado de una mayor manera en el estado de Nuevo León, con el crecimiento del sector privado de la salud y el retraimiento o lento crecimiento del sector público, lo que consecuentemente ha impactado en la posición por ocupación de los médicos disminuyendo la proporción de empleados subordinados remunerados y aumentando la de trabajadores por cuenta propia y empleadores, es decir, las categorías de los trabajadores liberales. No obstante, contrario a lo que podría esperarse estas categorías de empleo liberal que han ido en asenso en el estado no han traído consigo mejoras en las condiciones laborales de los médicos, por ejemplo, en los ingresos percibidos.

En el 2011, a nivel país los médicos que son empleadores son la modalidad que tiene la menor proporción en ingresos precarios o de hasta 5 salarios mínimos y por lo tanto la que tiene la más alta proporción de médicos con ingresos superiores a los 5 salarios mínimos, siguiéndole la de los trabajadores subordinados y después la de los trabajadores por cuenta propia. En Nuevo León, por su parte, la distribución es diferente pues la posición en la ocupación que menos proporción tiene en ingresos precarios es la de médicos subordinados remunerados y por lo tanto es la que guarda una proporción mayor de médicos con ingresos mayores de 5 salarios mínimos, seguido de los empleadores y por último de los trabajadores por cuenta propia. De esta manera, se podría decir que estos cambios estructurales y sectoriales ocurridos entre los años 80 y 90 propiciaron las condiciones para el negocio de la salud e incentivaron el aumento de las profesión liberal principalmente en la entidad, pero esto no ha significado una mejor opción de trabajo y desarrollo profesional para todos los médicos que la ejercen pues la mayor parte de ellos gana menos de 5 salarios mínimos, es decir, sus ingresos sólo les alcanzan para cubrir sus necesidades básicas y un poco más. Limitando esto las posibilidades de ser un medio para fortalecer el tejido social pues sus posibilidades de contribuir al crecimiento económico y del sector es reducido.

Por lo que se puede señalar que la flexibilización del trabajo, que de acuerdo a Stiglitz, 2007, implica la demolición de las conquistas laborales –a favor de la eficiencia económica- que los trabajadores habían logrado luego de muchos años de negociación y actividad política, ha ocasionado una mayor pérdida de bienestar social en los médicos que incluso en una época de fuerte crisis.

Las enfermeras

En el caso de las enfermeras, se encontró que en el segundo trimestre del 2011 había 486.6 mil a nivel nacional, de las cuales el 62.5% tienen carrera técnica básica¹³⁹, medio superior¹⁴⁰ o

¹³⁹ Su antecedente es de 6 años de primaria previos y representa el 3% del total de las enfermeras en el país.

superior¹⁴¹, el 37% tiene licenciatura en enfermería y el 0.5% posgrado en enfermería; mientras que en el estado de Nuevo León, el número de enfermeras es de 34.3 mil (un 7% del total del país), donde el 72% tienen carrera técnica: básica (1%), técnica medio superior (69%) o técnica superior (2%) en enfermería; mientras que el 28% tiene la licenciatura en enfermería. Esta menor proporción de enfermeras con licenciatura en Nuevo León con respecto al país, muy probablemente esté relacionada con el fenómeno migratorio que se da de profesionistas hacia Estados Unidos, el cual es mucho mayor en el norte de país que en el sur (Méndez, s/f).

Desde la perspectiva de género, se puede observar que la enfermería es una profesión particularmente orientada a las mujeres pues a nivel país solamente el 6.6% son hombres y el resto, 93.4%, son mujeres, proporciones que se mantienen en todos los niveles de educación de la enfermería. En el caso de Nuevo León, las proporciones con relación al país son muy parecidas: del total de enfermeras el 5.3% son hombres y el restante 94.7% son mujeres, sin embargo, en el segmento de enfermeras con nivel de estudios técnico superior la proporción de hombres es igual a la de mujeres, de un 50%, siendo el único caso donde se puede hablar de una igualdad de género. Por lo tanto, es la profesión de médicos donde hay menos discriminación de sexo, especialmente en el nivel de licenciatura, y la profesión de enfermería donde la diferencia de sexos es más marcada.

Por su parte, la distribución de las actividades a las que se dedican las enfermeras es muy parecida a nivel nacional y en Nuevo León. De las 486.6 mil enfermeras que hay en el país, 308.9 mil trabaja, es decir, el 64%; un 3% está desempleada, 3% se encuentra dentro de la población no económicamente activa (PNEA) disponible y el restante 30% dentro de la PNEA no disponible para trabajar; mientras que en el estado de Nuevo León, de las 34.3 mil enfermeras que hay, 21.8 mil trabaja, es decir, el 64% del total en el estado; un 2% está desempleada, un 3% se encuentra dentro

¹⁴⁰ Su antecedente son 3 años de secundaria previos y representa el 54.5% del total de las enfermeras en el país.

¹⁴¹ Su antecedente es 2 ó 3 años de preparatoria y representa el 5% del total de enfermeras.

de la población no económicamente activa (PNEA) disponible y el restante 31% dentro de la PNEA no disponible para trabajar.

Sin embargo, ¿cuántas de estas enfermeras que trabajan se desempeñan en actividades relacionadas a su profesión, es decir, al cuidado de la salud?

Enfermeras que laboran en el sector de la salud

De acuerdo a la ENOE, de las 308.9 mil enfermeras que se encuentran ocupadas en el país en el segundo trimestre del 2011, había 229.9 mil trabajando en actividades relacionadas con el cuidado de la salud, lo que representa el 74% del total de enfermeras ocupadas; mientras que el restante 26% se desempeñaban en otras actividades que van desde maestros de preparatoria y secundaria, ayudantes de construcción, jardineros, conserjes, recepcionistas, comerciantes, vendedores ambulantes, vigilantes, bomberos, etcétera. En Nuevo León, de las 21.8 mil enfermeras que trabaja, 15.9 mil se desempeña en actividades relacionadas con la salud, es decir, el 73% del total ocupado; mientras que el restante 27% realiza actividades distintas a su profesión, proporciones muy similares a lo registrado a nivel nacional.

Dado lo anterior, en el 2011 había en el país 2 enfermeras¹⁴² por cada mil habitantes, es decir, había más médicos laborando en el sector de la salud (2.9 por cada mil habitantes) que enfermeras siendo su carga de trabajo en muchos casos aún mayor. En una comparación con los datos del Banco Mundial¹⁴³ (BM, 2010) para el 2010, esta cifra a nivel país es similar con la registrada en naciones como Indonesia, Ecuador y Belice, pero se encuentra por debajo de lo reportado para Brasil de 6.4 enfermeras por cada mil habitantes, Cuba (9.1), Estados Unidos (9.8) y muy por debajo de países como Finlandia y Noruega quienes tienen 24 y 31.9 enfermeras por cada mil habitantes, respectivamente. Sin embargo, México se encuentra aún por encima de países como

¹⁴² Considerando únicamente a los que trabajan en el sector de la salud.

¹⁴³ No obstante se habla de momentos distintos, se toman estas cifras como punto de referencia por ser las más nuevas reportadas a nivel mundial.

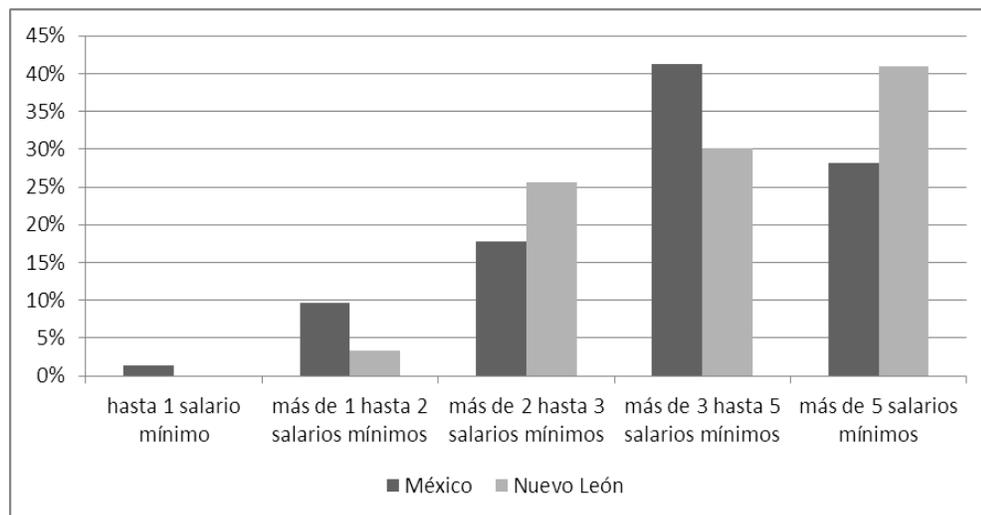
China que en el 2010 tenía 1.4 enfermeras por cada mil habitantes, India (1) y Bélgica (0.5). Además, de acuerdo a la OCDE (s/f), el promedio de enfermeras por cada mil habitantes en los países miembros de la OCDE era de 9.3 en el 2005, por lo que si se considera esta cifra como un referente tendríamos que México se ubica por debajo de esta cifra por lo que se puede decir que existe un déficit mucho mayor y de igual magnitud los retos para fortalecer los entornos institucionales en esta libertad instrumental de la que nos habla Amartya Sen, y que también observamos para el caso de los médicos. Este déficit de las libertades instrumental repercute directamente sobre el grado de desarrollo de las libertades constitutivas y los serios problemas de acceso a los servicios de salud que se presenta en la población.

En el caso de Nuevo León, en el 2011 había 3.4 enfermeras por cada mil habitantes que, frente a los 2.8 médicos por cada mil habitantes en el estado y las 2 enfermeras a nivel nacional, hay en el estado 0.6 enfermeras más por cada mil habitantes que médicos y 1.4 enfermeras más por cada mil habitantes que a nivel nacional. En una comparación con el referente de la OCDE (s/f) donde el promedio de enfermeras por cada mil habitantes en los países miembros era de 9.3 enfermeras por cada mil habitantes, la cifra del estado representa apenas un tercio de este y es similar a la registrada para países como Mongolia y Egipto (BM, 2010). Por lo que considerando estas cifras adicionales, no sólo hacen falta más médicos e infraestructura, sino también mucho más enfermeras, es decir, en el país se requiere una ampliación de estas libertades instrumentales necesarias para el despliegue de las libertades de la salud en la población, pero también para que este tipo de trabajadores no sufran de un exceso de carga de trabajo algo que va en contra de la propuesta de trabajo decente de la OIT.

Con relación a los ingresos percibidos, a nivel nacional el 2% de las enfermeras ocupadas no reciben ingresos; el 1% percibe ingresos menores de 1 salario mínimo, es decir, menos de 1,800 pesos mensuales; el 10% gana más de 1 y hasta 2 salarios mínimos, esto es, más de 1,800 hasta 3,590 pesos mensuales y; el 18% obtiene entre 2 y 3 salarios mínimos, es decir, más de 3,590 hasta

5,380 pesos mensuales. En forma agregada estas trabajadoras representan el 31% de las enfermeras del sector de la salud con ingresos precarios. Asimismo, el 41% de las enfermeras gana más de 3 y hasta 5 salarios mínimos, es decir, más de 5,380 hasta 8,970 pesos mensuales y, el 28% de las enfermeras tiene ingresos mayores a los 5 salarios mínimos (más de 8,970 pesos mensuales), esto es, menos de una tercera parte de las enfermeras que se desempeña en actividades relacionadas con la salud se encuentra en una situación donde puede cubrir más allá que sus necesidades básicas y las de su familia. En comparación con los médicos, se puede señalar que, la proporción de enfermeras que percibe ingresos por debajo de un salario suficiente es ligeramente mayor (26% médicos y 31% enfermeras), sin embargo, la mayor parte de las enfermeras (un 41%) percibe ingresos de entre 3 y 5 salarios mínimos y solamente el 28% gana más de 5 salarios mínimos; mientras que en el caso de los médicos la mayor parte (52%) percibe más de 5 salarios mínimos y solamente el 22% obtiene entre 3 y 5 salarios mínimos; lo que sugiere que la situación de los ingresos es mejor para los médicos que para las enfermeras.

Gráfica 28. Enfermeras en el sector salud en México y Nuevo León, según nivel de ingresos, 2011



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENOE, II trim 2011 (INEGI).

En Nuevo León, el ingreso más bajo percibido por las enfermeras es de más de 1 y hasta 2 salarios mínimos y lo obtienen el 3% de las enfermeras ocupadas en el sector, después, el 26% obtienen entre 2 y 3 salarios mínimos. En forma agregada estos trabajadores representan el 29% de las enfermeras del sector de la salud con ingresos precarios aunque no tan bajos como los observados a nivel nacional. Asimismo, el 30% de las enfermeras gana más de 3 y hasta 5 salarios mínimos y, el 41% de las enfermeras tiene ingresos mayores a los 5 salarios mínimos por lo que, comparándolas con los médicos del estado, se puede señalar que, la proporción de enfermeras que percibe ingresos por debajo de un salario suficiente es ligeramente mayor (23% médicos y 29% enfermeras), sin embargo, existe una mayor diferencia en las distribuciones en los otros rangos de ingreso, el 30% de las enfermeras percibe ingresos de entre 3 y 5 salarios mínimos y el 41% gana más de 5 salarios mínimos; mientras que en el caso de los médicos la mayor parte (58%) percibe más de 5 salarios mínimos y solamente el 19% obtiene entre 3 y 5 salarios mínimos; lo que muestra que las condiciones de ingreso son mejores para las enfermeras del estado que para el promedio a nivel país, además, con relación a los médicos, las enfermera también tiene ingresos menores pero no tan diferentes como es en el caso nacional.

Tomando en cuenta únicamente a las enfermeras, se puede señalar que la diferencia en los ingresos a nivel país y estado es más notoria pues, las que perciben ingresos mayores de 5 salarios mínimos representan el 28% a nivel nacional y el 41% en Nuevo León, ubicándose de esta forma el 72% de las enfermeras del país y el 59% de Nuevo León detrás de la barrera de los 5 salarios mínimos. No obstante el 41% y 30% de las enfermeras en el país y el estado, respectivamente, ganan de 3 a 5 salarios mínimos mientras que el resto se distribuye en los niveles más bajos de ingresos; por lo que se podría decir que las oportunidades son mejores de las enfermeras en el estado que a nivel país.

Con relación a la posición en la ocupación, se encuentra que en el caso de las enfermeras casi la totalidad se ubican en la modalidad de subordinadas asalariadas (94% a nivel país y 97% en

el estado) y el resto en la modalidad de trabajadoras por cuenta propia (4% nacional y 3% en la entidad) y 2% como trabajadoras sin pago a nivel nacional, lo cual muestra que existe una gran similitud en los patrones de ocupación a nivel país y en el estado.

Al igual que se hizo con los médicos, en una comparación con el año de 1987, década cuando se integraba al modelo neoliberal, esta estructura ocupacional en el caso de las enfermeras en la actualidad no se ha modificado de manera importante. Hace 24 años, la posición de subordinado remunerado aplicaba para el 97.6% de las enfermeras en el país, y para el 98% en el estado; como trabajadoras por cuenta propia se ubicaba el 1.4% de las enfermeras a nivel nacional y el 2% en el estado; además, a nivel nacional también se registraba un 0.1% de enfermeras que laboraba como cooperativista, 0.8% como trabajador a destajo o por obra determinada y un 0.1% como trabajadoras no familiares sin pago. Por lo que se puede señalar que aunque se mantiene el patrón de predominio de los trabajos subordinados y remunerados, en el 2011 las proporciones se han reducido en comparación a 1987 quedando una mayor proporción de enfermeras laborando por cuenta propia.

Sin embargo, del total de enfermeras subordinadas y remuneradas a nivel nacional (94% del total), el 28% tiene ingresos precarios, es decir menores a 3 sm, un 42% gana entre 3 y 5 sm, es decir, obtiene un ingreso que le permite cubrir sus necesidades más básicas y un poco más, y un 30% tiene ingresos mayores a 5 sm; mientras que de las enfermeras que laboran por cuenta propia (4% del total), el 49% ganan menos de 3 sm y 44% entre 3 y 5 sm, por lo que solamente el 7% obtiene ingresos mayores a los 5 sm; el restante 2% de las enfermeras no recibe ingresos. Por lo que se podría señalar que, proporcionalmente hablando y en términos del ingreso percibido, el empleo subordinado se encuentra mejor posicionado que el independiente o por cuenta propia en el mercado laboral de este segmento poblacional.

Por su parte, en Nuevo León, del total de enfermeras subordinadas y remuneradas (97%), la proporción que tiene ingresos precarios, es decir, menores a 3 salarios mínimos, es de 26%; un

32% gana entre 3 y 5 salarios mínimos y un 42% tiene ingresos mayores a 5 sm. Además, el total de enfermeras que laboran por cuenta propia (3%) ganan de 3 a 5sm. Con lo anterior, se puede señalar que aunque tanto a nivel nacional como estatal la posición de subordinado remunerado es la mayor para las enfermeras, es más alta en el estado (94% a nivel país y 97% en el estado) además de que los ingresos percibidos bajo esta posición de ocupación son mejores en la entidad que a nivel país; lo mismo sucede con las que trabajan por cuenta propia (4% país y 3% Nuevo León), lo que sugiere que, al igual que en el caso de los médicos las condiciones de trabajo son mejores en el estado que a nivel nacional.

En conclusión, luego de hacer esta revisión sobre las características generales de los médicos y las enfermeras que laboran en actividades relacionadas al cuidado de la salud, se puede señalar que considerando los estándares de los países de la OCDE, existe un déficit de médicos y enfermeras en el sector lo que por un lado se traduce en una mayor carga de trabajo para estos y por otro podría estarse ofreciendo una menor calidad en la atención ofrecida a los pacientes. Además, los cambios estructurales y sectoriales ocurridos en los años 80 y 90 han afectado en mayor medida a la población médica del estado de Nuevo León, al predominar la modalidad de médicos que trabajan por su cuenta e incrementarse el número de empleadores; mientras que en el caso de las enfermeras se ha mantenido el dominio de la posición de subordinados remunerados, no obstante las posibilidad de obtener mejores ingresos comoquiera son mejores en el estado que a nivel país.

El trabajo decente

Partiendo de que el *trabajo decente* es una propuesta de la OIT a la que deben aspirar todas las instituciones para lograr que los trabajadores realicen su trabajo en condiciones donde se respetan sus derechos humanos y sociales, en relación a los ejes: a) la promoción de los derechos fundamentales en el trabajo; b) la promoción del empleo; c) la protección social contra las situaciones de vulnerabilidad; y d) el fomento del diálogo social; y que para esta tesis ***trabajo***

decente se entenderá como aquel que incluye el desarrollo humano y sustentable. Es decir, aquel que considera el respeto a los derechos ganados por los trabajadores en todos estos años, que contribuye a mejorar la distribución del ingreso y, con ello, a mantener a la población al margen de las privaciones que genera la pobreza y la exclusión. Pues deberán ser puestos laborales que garanticen la satisfacción de las necesidades mínimas necesarias para que las personas tengan una vida digna. Además de incentivar el consumo interno; el crecimiento económico y promover, mediante la equidad, la protección del medioambiente. Ampliando de esta manera las posibilidades de satisfacer la condición de que las generaciones presentes y futuras puedan tener las mismas oportunidades y con ello una mayor equidad en las oportunidades de vivir vidas dignas. Así como que, la participación del Estado es esencial para lograr la condición de trabajo decente. Pues sólo a través de éste se pueden promover leyes que protejan las conquistas de los trabajadores y vigilar el cumplimiento de estas y lograr así las condiciones para alcanzar el trabajo decente. Dado que el mercado, en las actuales condiciones en que se encuentra la economía mexicana (50 millones de pobres), no lo puede garantizar y por el contrario tiende a crear condiciones laborales precarias que no garantizan un desarrollo humano y sustentable.

Pasaremos – como se señaló anteriormente -- a analizar la situación que prevalece en el sector de médicos y las enfermeras que trabajan en actividades relacionadas con la salud en México y Nuevo León, población que se caracteriza por estar altamente educada, pues se desempeñan en una actividad donde el conocimiento es el insumo, o uno de los insumos, principales para la prestación de sus servicios. Con esto se busca conocer cómo se han modificado las oportunidades de los trabajadores para ampliar sus capacidades para hacer o ser lo que más valoran a través de las libertades instrumentales que pueden poseer por estar trabajando, un derecho por el simple hecho de ser personas a tener un trabajo decente.

Las cifras que se presentan son para el segundo trimestre de 1987, para utilizarlo como punto de comparación ya que la década de los 80 fue testigo de los cambios en el modelo

económico del país, es decir, es un periodo que abarca el proceso neoliberal y las propuestas del Consenso de Washington¹⁴⁴; el segundo trimestre del 2007, que es un año antes de la crisis económica mundial del 2008 lo que permitirá ver cuál era la calidad del empleo antes de esa debacle económica y; para el 2011, año en el que todavía persiste la crisis económica pero que a la vez en este momento es el dato más reciente de la ENOE para el segundo trimestre, lo que permitirá ver que ante la falta de políticas anticíclicas del gobierno se agudizaron las tendencias regresivas del empleo nacional.

Los médicos

Para el cálculo de los índices del TD, como lo mencionamos anteriormente, se consideraron únicamente los médicos y enfermeras que terminaron sus estudios, es decir, no se incluyeron los que dejaron sus estudios interrumpidos o bien no han concluido con ellos, esto con la finalidad de tratar de ver de una manera más fina cómo ha evolucionado la calidad del empleo en estas profesiones.

Tomando en cuenta la propuesta metodológica presentada en el apartado 3, para el caso de los médicos, los resultados son los siguientes (Cuadro 14).

¹⁴⁴ Documento formulado a finales de los 80 por John Williamson, entonces miembro del Peterson Institute for International Economics, cuyo principios rectores eran los siguientes:

- reducir la intervención del Estado en la economía y la sociedad,
- utilizar el tipo de cambio para controlar la inflación y promover la sobrevaluación de las monedas,
- liberalización financiera para dar máxima movilidad a los capitales externos y promover la inversión extranjera,
- liberalización del comercio para abrir los mercados a la producción internacional,
- privatización de las empresas del sector público y
- flexibilización laboral y debilitamiento del Estado de bienestar (Gutiérrez Garza, 2011).

Cuadro 14. Índice de Trabajo Decente de los médicos que laboran en actividades relacionadas con la salud en México y Nuevo León, 1987, 2007 y 2011

COMPONENTES	MÉXICO			NUEVO LEÓN		
	1987	2007	2011	1987	2007	2011
Empleo durable	0.743	0.733	0.713	0.799	0.777	0.755
Población ocupada remunerada con salario suficiente	0.770	0.760	0.740	0.717	0.703	0.770
Población ocupada con prestaciones sociales o ingresos mayores a 5 sm	0.716	0.994	0.669	0.803	0.880	0.509
Población ocupada con acceso a instituciones de salud	0.653	0.533	0.531	0.843	0.640	0.365
ITD	0.727	0.714	0.672	0.783	0.727	0.642

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI (ENEU, 1987 y ENOE, 2007 y 2011, segundo trimestre).

Recordando que el valor del ITD oscila entre 0 y 1, donde 0 es el valor menos deseado y 1 el más deseado, el cual para su interpretación se divide en rangos: de 0 a 0.49 existe un ITD bajo, de 0.5 a 0.79 el ITD es de nivel medio y de 0.8 a 1 el ITD es de nivel alto; observamos que los médicos se ubican en el rango de nivel medio de trabajo decente y dadas las tendencias que arroja este cuadro, la posibilidad de avanzar hacia el rango de trabajo decente alto es cada vez es más lejana. Las cifras muestran que tanto a nivel nacional como estatal, el ITD ha ido en descenso progresivo y preocupante, siendo esta caída mayor en Nuevo León, estado que en 1987 se encontraba en mejores condiciones de trabajo decente (0.783), muy cerca de avanzar al nivel alto de trabajo decente (0.8), sin embargo para el 2011 el índice descendió a 0.642, es decir, una cayó 18% debido a una pronunciada reducción en tres de los cuatro componentes del índice; mientras que en el caso de ITD a nivel país este pasó de 0.727 en 1987 a 0.672 en el 2011, un retroceso del 8%, ocasionado por un debilitamiento de todos los componentes que integran dicho índice.

Pasemos a analizar cada uno de los componentes del trabajo decente:

Empleo durable

A nivel nacional, el subíndice de empleo durable pasó de 0.743 en 1987 a 0.713 en el 2011, es decir, disminuyó 4%; mientras que a nivel estatal se redujo 6% al pasar de 0.799 a 0.755,

respectivamente, implicando esto una reducción en la capacidad de generación de empleo en las condiciones legales que una sociedad debe de ofrecer para satisfacer las necesidades de empleo de la población.

Salario suficiente

El subíndice de salarios suficiente, relacionado con aquellos perciben ingresos mayores a 3 salarios mínimos (5,380 pesos mensuales), pasó de 0.770 en 1987 a 0.740 en el 2011 a nivel país (una caída del 4%) ampliándose la brecha entre quienes a través de su trabajo pueden o no adquirir los ingresos mínimos que, como señala Sen (2000), les dé el derecho económico y la libertad fundamental para comprar lo suficiente para vivir. Sin embargo, a nivel estado, el subíndice pasó de 0.717 en 1987 a 0.770 en el 2011 (un aumento del 7%), es decir, se redujo esta brecha de salarios. Contrario a lo observado en las cifras del subíndice de salario suficiente del ITD general y del ITD+E para México y Nuevo León (revisados arriba) donde este subíndice destaca por ser el más bajo de todos los componentes en ambos índices; en el caso de los médicos ocurre lo contrario, en el 2011 es el que mejor desempeño muestra tanto a nivel nacional como estatal, es decir, la mayoría de los médicos que trabaja en actividades relacionadas con la salud se encuentra en una situación donde perciben un ingreso que al menos le permite cubrir sus necesidades más básicas para vivir, esto es, la distribución del ingreso en los médicos es menos desigual que en el total de la población¹⁴⁵. Sin embargo, la condición laboral de los médicos se ha precarizado principalmente por dejar de percibir prestaciones laborales y de salud, derechos laborales ganados por los trabajadores en todos estos años, como veremos enseguida

Prestaciones o ingresos altos

El índice de prestaciones o ingresos altos cayó también entre el 1987 y el 2011 tanto a nivel nacional como estatal al pasar de 0.716 en 1987 a 0.669 en el 2011 en el país (una caída de 7%) y

¹⁴⁵ En el 2010 el índice de Gini en el país fue de 0.52, de acuerdo al Observatorio del Salario de la Universidad Iberoamericana de Puebla.

de 0.803 a 0.509, respectivamente, en el estado (una disminución del 37%), siendo más fuerte el cambio en esta condición en Nuevo León que a nivel país.

Acceso a instituciones de salud

El índice de acceso a instituciones de salud de la población ocupada de los médicos bajó entre 1987 y el 2011 tanto a nivel nacional como estatal al pasar de 0.653 a 0.531, respectivamente, en el país (una baja del 19%) y de 0.843 a 0.365, en el estado (Una disminución del 57%), ampliándose también por este aspecto la precarización laboral y limitándose las capacidades de los médicos al reducirse las posibilidades de acceder a una de las libertades constitutivas de todo ser humano como el derecho a la salud. No obstante la pérdida de esta prestación social, a principios del 2000 surgió (como se señaló en el capítulo 3) el Seguro Popular para dar a tención a la población abierta, servicio por el cual hay que hacer un pago anualmente en función de los ingresos percibidos. Sin embargo, la ENOE no muestra cuantos médicos están accediendo a este tipo de servicio.

Esta caída en los índices de trabajo decente tanto para México como para Nuevo León vienen a corroborar este proceso de precarización laboral que se está produciendo con la globalización pues se ha dado una grave pérdida en las prestaciones laborales y en el acceso a servicios de salud de los médicos, especialmente en Nuevo León. Como se señaló anteriormente, la transformación sufrida en el sector de la salud por las reformas estructurales y sectoriales de los años 80s y 90s ocasionó que en el caso de Nuevo León se redujera la proporción de médicos con una posición de ocupación de subordinados remunerados de un 84% en 1987 a un 39% en el 2011 y un aumento en el trabajo por cuenta propia de, 16% en 1987 a 47% en el 2011, y de empleador, de 0% en 1987 a 14% en el 2011, por lo que los derechos como el acceso a la salud y prestaciones laborales desaparecieron para muchos de estos médicos. No obstante la ausencia de prestaciones se ha compensado en parte por los ingresos que en muchos de los casos son mayores de 5 sm.

Esto muestra que no existen las instituciones necesarias para que las libertades instrumentales puedan tener una filtración hacia las libertades constitutivas de los agentes que le dan vida a ese sector, es decir, que el modelo neoliberal no ha funcionado para beneficiar a todos. Por ello, es necesaria la participación del Estado para hacer efectivo el respeto a esos derechos conquistados por los trabajadores y que la globalización se ha encargado de ir diluyendo y, de esta forma, avanzar hacia un trabajo decente, hacia un desarrollo humano y sustentable.

Por otra parte, en una comparación del ITD de los médicos con el ITD+E de la población ocupada con nivel de educación media o superior, en el 2011 el ITD de los médicos del país, de 0.672, se ubicó por encima del ITD, de 0.604, de la población ocupada con educación media y superior del país, debido principalmente a mejores cifras en el apartado de salario suficiente, por lo que se podría decir que a nivel nacional las condiciones laborales de los médicos guardan mucha similitud con las de la población ocupada con nivel de educación media y superior, excepto porque es mucho mayor la proporción de médicos con salario suficiente, es decir, hay una mejor distribución del ingreso, que en el segundo grupo. En el caso de Nuevo León, el ITD de los médicos en el 2011 fue de 0.642, ubicándose por debajo del ITD, de 0.652, de la población ocupada con educación media y superior del estado, contrario a lo observado a nivel nacional, debido principalmente a los bajos resultados obtenidos en las prestaciones o ingresos altos y en el acceso a la salud, resultado del marcado proceso de flexibilización laboral que se ha dado en esta profesión, sin embargo, la población de médicos supera al segundo grupo en el componente de salario suficiente al haber una mejor distribución del ingreso. No obstante, ambos grupos de población se encuentran en el mismo nivel de trabajo decente medio.

En conclusión, este aumento en la precarización laboral que se observa con la caída del ITD en los médicos está, irónicamente, asociado principalmente a un menor acceso a instituciones de salud, siendo esto más pronunciado en el caso de Nuevo León que en el país. Es decir, los médicos, quienes son una de las principales variables instrumentales para poder hacer efectiva la

atención de la salud para la población en general, no están disfrutando de este derecho universal lo que se traduce en una menor calidad de vida. Asimismo, dentro del apartado de prestaciones o ingresos altos la proporción de médicos subordinados con algún tipo de prestación disminuyó de manera significativa, especialmente en Nuevo León, sin embargo, esto fue en parte contrarrestado por un alza en la participación de médicos sin prestaciones pero con ingresos mayores a los 5 salarios mínimos. De esta forma, la calidad del empleo del segmento de los médicos se ha visto desequilibrada con relación a lo observado en 1987 particularmente debido a una fuerte disminución de las prestaciones sociales y el acceso a las instituciones de salud.

Con lo anterior, y tomando en cuenta nuestra definición de trabajo decente, se puede señalar que el proceso globalizador ha causado efectos negativos en la calidad del empleo en este sector de población, aún a pesar de su elevado nivel de educación, es decir, se ha dado una precarización laboral en la profesión médica.

Se puede tener una mejor percepción de la magnitud de este efecto negativo si se considera que las condiciones laborales que en 1987 existían en el país estaban muy lejos de lo que se podría desear ya que es un año que corresponde a lo que la CEPAL llamó “la década pérdida”. En los años 80, el país sufrió fuertes estragos económicos y sociales debido a la crisis de deuda de 1982, así como a que para poder cumplir con sus compromisos de deuda México tuvo que pedir más préstamos a los organismos financieros internacionales, los cuales fueron condicionados a la aplicación de una serie de medidas de ajuste económico y de cambios estructurales impactando gravemente no sólo en lo económico sino también en lo social debido a que durante el proceso no se consideró la aplicación de políticas sociales que ayudaran a sobrellevar los efectos de estas políticas de ajuste.

Por lo que se puede señalar que la flexibilización del trabajo ha ocasionado una mayor pérdida de bienestar social en los médicos que incluso en una época de fuerte crisis.

Las enfermeras

En el caso de las enfermeras que laboran en el sector de la salud, el ITD a nivel nacional disminuyó de 0.763 en 1987 a 0.753 en el 2007, aunque se mantuvo en el rango medio del ITD (Cuadro 15).

Cuadro 15. Índice de Trabajo Decente de las enfermeras que laboran en actividades relacionadas con la salud en México y Nuevo León, 1987, 2007 y 2011

COMPONENTES	MÉXICO			NUEVO LEÓN		
	1987	2007	2011	1987	2007	2011
Empleo durable	0.577	0.683	0.659	0.626	0.566	0.672
Población ocupada remunerada con salario suficiente	0.826	0.690	0.696	0.747	0.716	0.711
Población ocupada con prestaciones sociales o ingresos mayores a 5 sm	0.914	0.915	0.884	0.829	0.905	0.848
Población ocupada con acceso a instituciones de salud	0.878	0.877	0.849	0.841	0.957	0.808
ITD	0.763	0.753	0.738	0.737	0.742	0.733

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI (ENEU, 1987 y ENOE 2007 y 2011, segundo trimestre).

Contrario a lo ocurrido con los médicos, en los años observados el ITD de las enfermeras se ha mostrado bastante estable aunque ligeramente a la baja, e incluso se ubica por arriba del registrado para los médicos.

A nivel del país, el ITD de las enfermeras cayó 3% al pasar de 0.763 en 1987 a 0.738 en el 2011 esto, principalmente a que el retroceso en el componente salario suficiente, que disminuyó 16%, fue contrarrestado en gran parte por un aumento en el empleo durable, del 14%. En Nuevo León, la caída del ITD fue de 1%, al pasar de 0.737 en 1987 a 0.733 en el 2011

Pasemos a analizar cada uno de los componentes del trabajo decente:

Empleo durable

A nivel nacional, el subíndice de empleo durable pasó de 0.577 en 1987 a 0.659 en el 2011, es decir, aumentó 14%; mientras que a nivel estatal avanzó 7% al pasar de 0.626 a 0.672, respectivamente, implicando esto un aumento en la capacidad de generación de empleo en las condiciones legales que una sociedad debe de ofrecer para satisfacer las necesidades de empleo de la población.

Salario suficiente

El subíndice de salarios suficiente, relacionado con aquellos que perciben ingresos mayores a 3 salarios mínimos (5,380 pesos mensuales), pasó de 0.826 en 1987 a 0.696 en el 2011 a nivel país (una caída del 16%) ampliándose la brecha entre quienes a través de su trabajo pueden o no adquirir los ingresos mínimos para satisfacer sus necesidades más esenciales. A nivel estado, el subíndice pasó de 0.747 en 1987 a 0.711 en el 2011 (una baja de 5%), siendo mayor el retroceso observado en las cifras nacionales. Al igual que en el caso de los médicos, contrario a lo observado en las cifras del subíndice de salario suficiente del ITD general y del ITD+E para México y Nuevo León (revisados anteriormente) donde este subíndice destaca por ser el más bajo de todos los componentes en ambos índices; en el caso de las enfermeras ocurre lo contrario, pues el subíndice de salario suficiente se ubica alrededor del nivel de 0.7, es decir, la mayoría de las enfermeras que trabaja en actividades relacionadas con la salud se encuentra en una situación donde perciben un ingreso que al menos le permite cubrir sus necesidades más básicas para vivir, esto es, la distribución del ingreso en las enfermeras es menos desigual que en el total de la población ocupada. Por otra parte, contrario a lo observado con los médicos, los subíndices relacionados a prestaciones laborales y de salud de las enfermeras se han mantenido en un nivel alto, aunque ligeramente menor en el 2011, como veremos enseguida

Prestaciones o ingresos altos

El índice de prestaciones o ingresos altos de las enfermeras cayó entre el 1987 y el 2011 a nivel nacional, al pasar de 0.914 en 1987 a 0.884 en el 2011, una caída de 3%; mientras que en Nuevo León pasó de 0.829 a 0.848, respectivamente, un alza del 2%.

Acceso a instituciones de salud

El índice de acceso a instituciones de salud de la población ocupada de las enfermeras bajó entre 1987 y el 2011 tanto a nivel nacional como estatal al pasar de 0.878 a 0.849, respectivamente, en el país (una disminución del 3%) y de 0.841 a 0.808 en el estado (una caída del 4%), evitándose el deterioro de la calidad laboral de este tipo de trabajadoras.

Los índices de trabajo decente obtenidos para las enfermeras tanto para el caso de México como para Nuevo León muestran que su situación no es muy diferente en el 2011 y 1987, es decir, los cambios estructurales y sectoriales que se dieron en el país entre los años 80 y 90 no han afectado de manera significativa la calidad de los empleos de las enfermeras con estudios terminados que laboran en el sector de la salud. No obstante, el cambio más significativo fue la caída del subíndice del salario suficiente a nivel nacional, siendo el ITD de las enfermeras a nivel nacional el que mayor deterioro mostró. Aunque el ITD de las enfermeras en el país fue ligeramente mayor que el del estado, principalmente impulsado por las prestaciones e ingresos altos y el acceso a la salud.

Por otra parte, en una comparación del ITD de las enfermeras con el ITD+E de la población ocupada con nivel de educación media o superior, en el 2011 el ITD de las enfermeras del país, de 0.738, se ubicó por encima del ITD+E, de 0.604, de la población ocupada con educación media y superior del país, debido principalmente a mejores cifras en el apartado de salario suficiente, prestaciones o ingresos altos y acceso a instituciones de salud. Aunque ambos grupos de población se encontraban en el mismo nivel de trabajo decente medio, el de las enfermeras se ubica en el nivel superior de este rango, por lo que se podría decir que a nivel nacional las condiciones laborales de las enfermeras son mejores que las de la población ocupada en

general con nivel de educación media y superior. En el caso de Nuevo León, el ITD de las enfermeras en el 2011 fue de 0.733, ubicándose por arriba del ITD+E, de 0.652, de la población ocupada en general con educación media y superior del estado, al igual que en el caso nacional, el ITD de las enfermeras es apoyado por mejores cifras en los subíndices de salario suficiente, prestaciones sociales o ingresos altos y acceso a instituciones de salud.

No obstante al igual que en el caso de los médicos el ITD de las enfermeras ha ido descendiendo, este lo ha hecho a un menor paso que los primeros, además, en los años revisados el ITD de las enfermeras ha sido mayor que el de los médicos en el país, debido a los componentes de prestaciones o ingresos altos y al de acceso a las instituciones de salud.

En Nuevo León, contrario a lo sucedido en el caso de los médicos y las enfermeras en el país y de los médicos en el estado, el ITD de las enfermeras no muestra una tendencia clara a la baja, pues el ITD del 2007 aumentó a 0.742 impulsado por una mayor cantidad de enfermeras con prestaciones y con acceso a instituciones de salud. Comparando los ITD del 2011 entre los médicos y las enfermeras en Nuevo León se tiene que la calidad del empleo de las enfermeras se apoya principalmente en los componentes de prestaciones o ingresos altos y el de acceso a las instituciones de salud.

En conclusión, este ligero aumento en la precarización laboral que se observa con la caída del ITD en las enfermeras se debe principalmente a un deterioro en la proporción de personas que obtienen un salario suficiente para vivir, es decir, que sus ingresos son mayores de 3 salarios mínimos. Asimismo, es importante destacar que en una comparación entre 1987 y 2011 este segmento de población no sufrió un deterioro en las prestaciones recibidas pero si ligeramente en el acceso a los servicios de salud. No obstante, en el 2011 del total de enfermeras con estudios terminados y que labora en el sector de la salud, que representan el 95% a nivel país y el 97% en el estado, se encuentran laborando como subordinadas remuneradas y su ITD se ha mantenido estable

en el límite superior del nivel medio, todavía falta por hacer pues hay un segmento que no está aún disfrutando de estas condiciones mínimas con las que se ha caracterizado a un trabajo decente.

No obstante esto señalado, se puede observar que en general la calidad del empleo de las enfermeras se ha mantenido, pero no se ha logrado mejorar.

Ventajas y limitaciones del ITD

Los índices compuestos, como el ITD, tienen una serie de ventajas como: permitir la simplificación de la información, así como la integración de diferentes dimensiones de un tema, las cuales ya habían sido señaladas anteriormente. Sin embargo, también tienen limitantes y estas tienen que ver con aspectos como la posibilidad de no haber incluido todos los indicadores necesarios para la explicación del problema; la posibilidad de no contar con información estadística suficiente o de buena calidad para lograr un indicador confiable, entre otras cosas.

6. Conclusión

Como se analizó anteriormente, la globalización económica, fenómeno que se registra desde principios de la década de los ochenta y que rinde tributo a la tesis de la teoría neoclásica del comercio internacional, ha ocasionado un aumento de la precarización laboral, siendo esto una expresión clara de la profundización de la desigualdad del proyecto de la globalización.

De acuerdo a los datos calculados, se puede señalar que desde una visión general, este fenómeno del aumento de la precarización laboral se presenta tanto a nivel país como en el estado de Nuevo León, sin embargo, ha sido más acentuado a nivel país. Al observar las cifras del 2007 y 2011 se puede apreciar que cada vez es menor la proporción de trabajadores que puede disfrutar de un salario suficiente, prestaciones o acceso a instituciones de salud, es decir, ha aumentado la precarización laboral y por lo tanto, disminuido el trabajo decente, limitándose con esto la capacidad de las personas para ampliar sus libertades individuales y de la sociedad en su conjunto, así como las posibilidades de avanzar hacia una mayor equidad inter e intrageneracional. Esta

situación no solamente debilita la cultura laboral del mundo de trabajo, sino también, el tejido social y el fortalecimiento del mercado interno, elementos esenciales para mantener la cohesión social.

Sin embargo, tomando en cuenta el nivel de educación, se puede observar que la calidad del empleo es menor entre menor grado de estudio tenga la población, como señala Sachs (2004:196) *“la educación es una condición necesaria (...) para lograr un trabajo decente”*. No obstante, el contar con un nivel de estudios alto no es garantía de contar con un empleo decente ya que para la población ocupada con nivel de educación medio o superior el IDT en el 2011 fue de 0.604 en el país y de 0.652 en el estado, es decir, apenas alcanza el rango medio de trabajo decente implicando que todavía falta mucho por hacer aún en este nivel de educación, además de que el fenómeno de la globalización ha impactado de manera desigual en los diferentes grupos de población. Esto último se puede apreciar mejor al revisar de manera particular lo que ocurre con grupos de profesionistas en particular, en este caso médicos y enfermeras con estudios terminados y que laboran en el sector de la salud.

En el primer grupo, el de los médicos, se pudo observar una caída en el ITD no sólo en una comparación entre el 2007 y 2011 sino también con relación a los datos de 1987, época en que se estaba llevando a cabo la instrumentación del modelo neoliberal en el país y se vivía la peor crisis desde 1929, este descenso en la calidad del empleo se asocia principalmente una fuerte disminución de las prestaciones sociales y del acceso a las instituciones de salud, siendo esto más pronunciado en el caso de Nuevo León que en el país. Es decir, los médicos, quienes son una de las principales variables instrumentales para poder hacer efectiva la atención de la salud para la población en general, no están disfrutando de este derecho universal, así como de otras prestaciones, lo que se traduce en una menor calidad de vida. Además, se encontró que al observar las posiciones por ocupación de los médicos su estructura se ha modificado de manera significativa en Nuevo León y en un menor grado a nivel nacional, pasando de ser un estado donde en 1987 la gran mayoría de los médicos, 84%, era subordinado remunerado a una situación donde en el 2011

donde el 39% ocupaba esa posición, un 47% es trabajador por cuenta propia y 14% empleador, sugiriendo esto que los efectos de la reformas estructurales sectoriales y de la economía que llevaron a promover el crecimiento del sector privado de la salud y el retraimiento o lento crecimiento del sector público, tuvieron un mayor impacto en la entidad que en el país donde en el 2011 64% de los médicos es subordinado, 24% trabaja por cuenta propia y 9% es empleador.

Con lo anterior, se puede señalar que el proceso globalizador ha causado efectos negativos en la calidad del empleo en este sector de población, aún a pesar de su elevado nivel de educación, evidenciándose en un mayor grado la flexibilización laboral en los médicos del estado y al mismo tiempo una mayor pérdida de bienestar social que incluso en una época de fuerte crisis, es decir, se ha dado una mayor precarización en esta profesión.

Contrario a lo ocurrido con los médicos el ITD en las enfermeras, tanto a nivel país como en Nuevo León, sólo ha caído ligeramente y fue debido a un deterioro en la proporción de personas que obtienen un salario suficiente para vivir así como en el acceso a los servicios de salud. Además, al igual que en 1987 en el 2011 más del 95% de estas enfermeras se encuentran laborando en el sector de la salud como subordinadas remuneradas, lo que sugiere que en esta profesión la posición en la ocupación no fue impactada tan significativamente como sucedió con los médicos con los cambios sectoriales y estructurales de los años 80 y 90. Sin embargo, se puede señalar que aunque la calidad del empleo de las enfermeras se ha mantenido, éste no se ha logrado mejorar quedando un segmento que no está aún disfrutando de estas condiciones mínimas con las que se ha caracterizado a un trabajo decente.

De esta forma se puede ver que la globalización ha impactado de manera desigual hacia dentro de los mismos grupos de trabajadores, siendo los médicos del estado de Nuevo León los más impactados en su calidad del empleo.

Sin embargo, considerando los estándares de los países de la OCDE, que sugieren que existe un déficit de médicos y enfermeras en el sector de la salud en el país y el estado, esto se traduce en una mayor carga de trabajo para estos además de que podría estarse ofreciendo una menor calidad en la atención ofrecida a los pacientes.

De esta forma, las cifras obtenidas muestran, de manera concreta, la necesidad de impulsar políticas específicas que permitan que los beneficios del crecimiento económico se filtren hacia todos los sectores de la población, para que de esta manera logren el despliegue de sus capacidades en condiciones de libertad y se traduzca en un desarrollo virtuoso para la sociedad en su conjunto.

Es decir, la globalización requiere de la intervención, desde una perspectiva nacionalista, de los gobiernos, los agentes económicos y los actores sociales en la definición de cuáles deben ser las políticas de inserción y las políticas públicas que se deben instrumentar simultáneamente para garantizar el crecimiento y la protección social.

Pues, la idea de trabajo decente representa un piso mínimo en cuanto a la calidad del empleo que todos los trabajadores deberían de disfrutar para poder desplegar las capacidades que requieren para satisfacer, de la mejor forma posible, sus necesidades, elevar su productividad y contribuir de esta forma a fortalecer el tejido y la cohesión social; y a la vez, representa una aspiración, que los gobiernos y la sociedad en general pueden utilizar como un medio para orientar las políticas laborales que eleven las capacidades, en su dimensión integral, de los trabajadores y avanzar hacia una sociedad justa y una economía productiva.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES GENERALES

Una vez que se ha realizado este trabajo de investigación, cuyo objetivo principal fue *conocer cómo los cambios estructurales y sectoriales ocurridos en las últimas décadas han impactado en las condiciones laborales y salariales de los médicos y las enfermeras que laboran en el sector de salud en México y el estado de Nuevo León*, para lo cual se plantearon las siguientes preguntas de investigación, *¿Cómo afectaron los cambios estructurales, ocurridos en la economía con la implementación del modelo neoliberal, y sectoriales en los servicios de salud en el país y en el estado de Nuevo León? ¿Cuáles son las modificaciones en las condiciones laborales que se han dado en los médicos y las enfermeras que trabajan en el sector de la salud en el país y en el estado de Nuevo León, a partir de los cambios ocurridos en el sector salud? ¿Cómo medir estos cambios en las condiciones de trabajo de los médicos y las enfermeras que laboran en el sector de la salud en México y el estado de Nuevo León, para conocer su calidad?* En este apartado, se presentan las principales conclusiones a las que se llegó.

De acuerdo a lo investigado, los servicios de atención a la salud han ido cambiando a través del tiempo y con ello su influencia en las capacidades y libertades de los individuos. Por ejemplo, en el periodo agro exportador el encuentro de la cultura española con la prehispánica ocasionó una transformación en los servicios de salud pues se produjo una aculturación al fusionarse las prácticas médicas prehispánicas con las españolas; posteriormente, después de una serie de eventos ocurridos en el siglo XIX, como la Independencia de México, se deja de lado el modelo de medicina español del hospital-convento y se toma el francés surgiendo con ello los hospitales universitarios; además, en el siglo XX la Revolución Mexicana marca un nuevo cambio cuando en 1917 se dan los primeros pasos hacia la institucionalización de la prestación de los servicios de salud en el país con la Constitución Mexicana. No obstante, al inicio de esta etapa de la historia del país, los servicios de salud se encontraban desarticulados, es decir, la presencia del

Estado aún no era significativa, por lo que las instituciones de beneficencia y el sector privado médico, es decir, la profesión liberal de los médicos, así como la medicina herbolaria era lo que predominaba en la sociedad mexicana, de tal forma que la relación entre médico y paciente se daba a través de la consulta personal y en muchos casos mediante un pago directamente del bolsillo por cada servicio prestado, por lo que se podría decir que en esa época el acceso al cuidado de la salud a través de la consulta médica estaba al alcance solamente de quienes podían pagar por él, por lo que la salud como libertad instrumental era incipiente. No obstante estos cambios, el ejercicio de la medicina herbolaria se ha mantenido en el país, incluso hasta nuestros días, probablemente debido a nuestras raíces prehispánicas pero quizás también por la imposibilidad de muchos de pagar lo que se requería para obtener la atención médica o por no tener instituciones cercanas a dónde acudir. Además, en la última parte de este periodo, cuando las relaciones comerciales entre países y continentes han crecido significativamente, se inicia la colaboración internacional en la salud, donde México también participa. Asimismo, las discusiones que comienzan a darse a nivel internacional sobre la seguridad social empiezan a causar efecto en las políticas sociales del país allanándose el camino hacia lograr en el futuro el acceso universal de los servicios de salud.

En la época de sustitución de importaciones, el sector de la salud experimentó un fuerte crecimiento y nuevas transformaciones estructurales, pasando de ser un sector desarticulado a un sector segmentado en: sector público, integrado por la seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM, entre otros) y la atención a la población no asegurada (a través de la Secretaría de Salud y Asistencia), caracterizado por ser un sistema articulado y; el sector privado (las diferentes unidades médicas se encuentran desarticuladas y se divide en lucrativo como los consultorios y hospitales privados y el no lucrativo como la Cruz Roja). Además, el surgimiento de los servicios de salud públicos tuvo diferentes causas, entre ellas, el derecho constitucional, diferentes fenómenos internacionales y el cambio de visión a cerca del concepto de salud, pues dejó de ser algo que cada uno debe cuidar para pasar a ser algo que el Estado debe otorgar a la población para de esta manera

lograr una sociedad más incluyente. De esta forma, en esta época se da una franca ampliación en las capacidades y libertades de las personas a través de un mayor acceso a la salud, sin embargo, aún no se logra una cobertura universal.

Estas transformaciones que se dieron en los servicios de la salud ocasionaron también un cambio en la forma de ejercer la profesión para muchos médicos al dejar de ser liberal para pasar a ser colectiva, es decir, fueron absorbidos como empleados por las diferentes instituciones de salud para prestar sus servicios a la población, asimismo, se dio un fuerte crecimiento del empleo de la mujer en el sector, a través de la enfermería y una mayor cobertura en salud para la población. No obstante, la ampliación del concepto de salud a aspectos como la contaminación, la sanidad y demás, comienza a dejar el papel del médico en una posición menos relevante frente al paciente.

Las diferentes crisis que se presentan durante la década de los 70 hacen que surjan inquietudes sobre la necesidad de un cambio de modelo económico, algo que sucede a partir de la crisis de deuda sufrida a principios de los 80, implantándose a partir de entonces y hasta la fecha el modelo neoliberal modificando de manera significativa la estructura del sistema de salud que hasta ese momento funcionaba en el país.

En la etapa del neoliberalismo, que es sobre la que se centra este trabajo, el sistema de salud en México sufre grandes transformaciones desde inicios de la década de los 80, motivadas por las reformas aplicadas de manera particular al sector de la salud y por las reformas estructurales implantadas en la economía en general, no obstante ese proceso no ha terminado.

El sistema de salud del país pasó de ser un sistema centralizado y triplemente segmentado en seguridad social, asistencia social para la población abierta y servicios privados, a un sistema conformado por el seguro social (desaparecen los servicios orientados a la población abierta ofrecidos por el gobierno para tomar su lugar el seguro popular) y el sector privado (lucrativo, tanto nacional como extranjero, y no lucrativo como la Cruz Roja y los servicios de atención ofrecidos

por el Dr. Simi) el cual juega un papel muy importante en la prestación de los servicios, con la finalidad de lograr el la cobertura universal de salud.

Otro cambio fundamental que se dio durante este periodo fue la separación del proveedor y comprador de los servicios de salud, con la finalidad de permitir el juego entre demanda y oferta. Asimismo, se transformó la concepción en torno al proceso salud/enfermedad/atención, pues la salud dejó de ser un bien público para convertirse en privado al dejar de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el Estado era responsable para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir, ya que el sistema está tendiendo a que todos estemos incluidos en la seguridad social donde para poder tener acceso a la prestación habrá que pagar por anticipado, además de que habrá que considerar que no todas las necesidad de salud se encuentran dentro del seguro adquirido por lo que probablemente se necesitarán hacer pagos adicionales.

En este contexto, los planteamientos sobre la protección a la salud como derecho universal se desvirtúan al desaparecer los servicios de salud públicos, subordinarse la política social al proyecto de restructuración económica y al prevalecer la lógica neoliberal en la conformación del Sistema Nacional de Salud (López y Blanco, 2001 y Montiel, s/f).

Lo anterior se traduce en un debilitamiento en las libertades instrumentales de los servicios de salud, resultando en mayores privaciones de los individuos para vivir mejor, así como para participar de una manera más activa en otros aspectos de la vida en sociedad.

Este es, de manera general, el panorama bajo el cual se han desarrollado las condiciones instrumentales para la atención de la salud que actualmente existe en el país, sin embargo, aún falta conocer de qué manera ha afectado el modelo neoliberal las condiciones laborales de otra parte muy importante dentro de este grupo de aspectos instrumentales de la salud: los médicos y las enfermeras.

Para conocer si las condiciones laborales tanto de médicos como de paramédicos o enfermeras han mejorado o no con las reformas realizadas en el sector de la salud bajo el modelo neoliberal, se elaboró una metodología para medir la calidad del empleo mediante un índice, al cual se le ha llamado Índice de Trabajo Decente (ITD).

El concepto de trabajo decente fue tomado de la propuesta de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la cual fue enmarcada en los enfoques del desarrollo humano y sustentable, derivándose de esto una definición de trabajo decente:

Por lo tanto, por trabajo decente se entenderá aquel que incluye el desarrollo humano y sustentable. Uno que considera el respeto a los derechos ganados por los trabajadores en todos estos años, que contribuye a mejorar la distribución del ingreso y, con ello, a mantener a la población al margen de las privaciones que genera la pobreza y la exclusión. Pues deberán ser puestos laborales que garanticen la satisfacción de las necesidades mínimas necesarias para que las personas tengan una vida digna. Además de incentivar el consumo interno; el crecimiento económico y promover, mediante la equidad, la protección del medioambiente. Ampliando de esta manera las posibilidades de satisfacer la condición de que las generaciones presentes y futuras puedan tener las mismas oportunidades y con ello una mayor equidad en las oportunidades de vivir vidas dignas.

La participación del Estado es esencial para lograr la condición de trabajo decente. Pues sólo a través de éste se pueden promover leyes que protejan las conquistas de los trabajadores y vigilar el cumplimiento de estas y lograr así las condiciones para alcanzar el trabajo decente. Dado que el mercado, en las actuales condiciones en que se encuentra la economía mexicana (50 millones de pobres), no lo puede garantizar y por el contrario tiende a crear condiciones laborales precarias que no garantizan un desarrollo humano y sustentable.

Esta definición fue operacionalizada a través de la creación de tres indicadores: el empleo durable, salario suficiente y prestaciones sociales o equivalente, que al unirlos dan lugar al ITD, cuyo valor se mueve entre cero y 1. Para su interpretación, el ITD se dividió en rangos: cuando el ITD se ubica en el rango entre 0-0.49 significa que hay un nivel bajo de trabajo decente; 0.50-0.79 indica un nivel medio de trabajo decente; y de 0.80-1.00 un nivel elevado de trabajo decente.

A partir de lo anterior y considerando los años de 1987, 2007 y 2011, se encontró que las condiciones laborales de los médicos y las enfermeras sí han sufrido cambios con las transformaciones estructurales y sectoriales que enfrentó la economía y el sector de la salud en los años 80 y 90, como veremos enseguida.

Como se analizó anteriormente, la globalización económica, fenómeno que se registra desde principios de la década de los ochenta y que rinde tributo a la tesis de la teoría neoclásica del comercio internacional, ha ocasionado un aumento de la precarización laboral, siendo esto una expresión clara de la profundización de la desigualdad del proyecto de la globalización.

Sin embargo, antes de hablar de la situación de los médicos y las enfermeras señalaremos que, desde una visión general, este fenómeno del aumento de la precarización laboral se presenta tanto a nivel país como en el estado de Nuevo León aunque ha sido más acentuado a nivel país. Al observar las cifras del 2007 y 2011, donde el ITD a nivel país se ubica en el rango de nivel bajo de trabajo decente al ser de 0.443 y 0.417 en cada uno de esos años respectivamente, y a nivel estado en el rango medio de trabajo decente al ser de 0.600 y 0.536, se puede apreciar que cada vez es menor la proporción de trabajadores que puede disfrutar de un trabajo decente (de un salario suficiente, prestaciones o acceso a instituciones de salud), es decir, ha aumentado la precarización laboral y por lo tanto limitándose con esto la capacidad de las personas para ampliar sus libertades individuales y de la sociedad en su conjunto, así como las posibilidades de avanzar hacia una mayor equidad inter e intrageneracional. Esta situación no solamente debilita la cultura laboral del mundo

de trabajo, sino también, el tejido social y el fortalecimiento del mercado interno, elementos esenciales para mantener la cohesión social.

No obstante, tomando en cuenta el nivel de educación, se puede observar que la calidad del empleo es menor entre menor grado de estudio tenga la población, como señala Sachs (2004:196) “la educación es una condición necesaria (...) para lograr un trabajo decente”. No obstante, el contar con un nivel de estudios alto no es garantía de contar con un empleo decente ya que para la población ocupada con nivel de educación medio o superior el IDT en el 2011 fue de 0.604 en el país y de 0.652 en el estado, es decir, apenas alcanza el rango medio de trabajo decente implicando que todavía falta mucho por hacer aún en este nivel de educación, además de que el fenómeno de la globalización ha impactado de manera desigual en los diferentes grupos de población. Esto último se puede apreciar mejor al revisar de manera particular lo que ocurre con grupos de profesionistas en particular, en este caso médicos y enfermeras con estudios terminados y que laboran en el sector de la salud.

En el primer grupo, el de los médicos, se pudo observar una caída en el ITD no sólo en una comparación entre el 2007 y 2011 sino también con relación a los datos de 1987, época en que se estaba llevando a cabo la instrumentación del modelo neoliberal en el país y se vivía la peor crisis desde 1929. A nivel país, el ITD pasó de 0.727 en 1987 a 0.714 en el 2007 y a 0.672 en el 2011 y a nivel estado de 0.783 a 0.727 y a 0.642 respectivamente, alejándose cada vez más de la posibilidad de subir al rango alto de trabajo decente. Este descenso en la calidad del empleo se asocia principalmente una fuerte disminución de las prestaciones sociales y del acceso a las instituciones de salud, siendo esto más pronunciado en el caso de Nuevo León que en el país, es decir, los médicos, quienes son una de las principales variables instrumentales para poder hacer efectiva la atención de la salud para la población en general, no están disfrutando de este derecho universal, así como de otras prestaciones, lo que se traduce en una menor calidad de vida.

Además, se encontró que al observar las posiciones por ocupación de los médicos su estructura se ha modificado de manera significativa en Nuevo León y en un menor grado a nivel nacional, pasando de ser un estado donde en 1987 la gran mayoría de los médicos, 84%, era subordinado remunerado a una situación donde en el 2011 solamente el 39% ocupaba esa posición, un 47% es trabajador por cuenta propia y 14% empleador, sugiriendo esto que los efectos de la reformas estructurales sectoriales y de la economía que llevaron a promover el crecimiento del sector privado de la salud y el retraimiento o lento crecimiento del sector público, tuvieron un mayor impacto en la entidad que en el país donde en el 2011 el 64% de los médicos es subordinado, 24% trabaja por cuenta propia y 9% es empleador.

Con lo anterior, se puede señalar que el proceso globalizador ha causado efectos negativos en la calidad del empleo en este sector de población, aún a pesar de su elevado nivel de educación, evidenciándose en un mayor grado la flexibilización laboral en los médicos del estado y al mismo tiempo una mayor pérdida de bienestar social que incluso en una época de fuerte crisis, es decir, se ha dado una mayor precarización en esta profesión.

Contrario a lo ocurrido con los médicos el ITD en las enfermeras, tanto a nivel país como en Nuevo León, sólo ha caído ligeramente (a nivel país, el ITD pasó de 0.763 en 1987 a 0.753 en el 2007 y 0.738 en el 2011; mientras que en Nuevo León pasó de 0.737 a 0.742 y a 0.733 respectivamente) y fue debido a un deterioro en la proporción de personas que obtienen un salario suficiente para vivir así como en el acceso a los servicios de salud. Además, al igual que en 1987 en el 2011 más del 95% de estas enfermeras se encuentran laborando en el sector de la salud como subordinadas remuneradas, lo que sugiere que en esta profesión la posición en la ocupación no fue impactada tan significativamente con los cambios sectoriales y estructurales de los años 80 y 90, como sucedió con los médicos. Sin embargo, se puede señalar que aunque la calidad del empleo de las enfermeras que labora en el sector de la salud se ha mantenido, ésta no se ha logrado mejorar

quedando un segmento que no está aún disfrutando de estas condiciones mínimas con las que se ha caracterizado a un trabajo decente.

De esta forma se puede ver que la globalización ha impactado de manera desigual hacia dentro de los mismos grupos de trabajadores, siendo los médicos del estado de Nuevo León los más impactados en su calidad del empleo.

Sin embargo, considerando los estándares de los países de la OCDE, que sugieren que existe un déficit de médicos y enfermeras en el sector de la salud en el país y el estado, esto se traduce en una mayor carga de trabajo para este tipo de profesiones además de que podría estarse ofreciendo una menor calidad en la atención a los pacientes.

De esta forma, las cifras obtenidas muestran, de manera concreta, la necesidad de impulsar políticas específicas que eleven el trabajo decente, como el respeto a los derechos laborales, garantizar un ingreso suficiente para cubrir al menos las necesidades más básicas del ser humano, etcétera; que permitan que los beneficios del crecimiento económico se filtren hacia todos los sectores de la población, para que de esta manera logren el despliegue de sus capacidades en condiciones de libertad y se traduzca en un desarrollo virtuoso para la sociedad en su conjunto.

Pues, la idea de trabajo decente representa un piso mínimo en cuanto a la calidad del empleo que todos los trabajadores deberían de disfrutar para poder desplegar las capacidades que requieren para satisfacer sus necesidades de la mejor forma posible, elevar su productividad y contribuir de esta forma a fortalecer el tejido y la cohesión social; así como para garantizar la equidad inter e intra generacional. Asimismo, el trabajo decente debería representar una aspiración que los gobiernos y la sociedad en general pueden utilizar como un medio para orientar las políticas laborales que eleven las capacidades, en su dimensión integral, de los trabajadores y avanzar hacia una sociedad justa y una economía productiva.

De esta manera, la hipótesis de investigación con la que inició este trabajo: *Los cambios estructurales y sectoriales orientados a la privatización de la salud ocurridos en el país, han ampliado la inversión privada y extranjera en el sector de la salud incrementando el fenómeno de salarización de la profesión médica, asimismo están generándose situaciones de polarización ingresos y precarización en las condiciones laborales de los médicos y las enfermeras que trabajan en el sector de la salud en el país y en el estado de Nuevo León;* se acepta parcialmente.

Lo anterior debido a que en el material revisado no se observó un aumento en fenómeno de salarización de los médicos y enfermeras ya que a nivel nacional las proporciones de subordinados remunerados en el 2011 se mantuvieron muy similares a lo que sucedía en 1987, más aún, en los lugares donde se dio una fuerte inversión privada en el sector de la salud, como es el caso de Nuevo León, la proporción de médicos subordinados remunerados cayó significativamente mientras que se incrementó la proporción de trabajadores por cuenta propia y empleadores; no obstante, en el caso de las enfermeras la situación se mantuvo muy similar a la de 1987.

Con relación a la polarización de ingresos, se encontró que se ha dado una mayor desigualdad de ingresos a nivel país ya que la brecha entre los que ganan al menos el salario suficiente y los que no se ha ido ampliando al paso del tiempo, esto se puede ver con la disminución que ha venido registrando el subíndice de salario suficiente. Sin embargo, en el caso del estado de Nuevo León la brecha entre los que ganan al menos el salario suficiente y los que no se ha ido reduciendo al paso del tiempo, implicando esto que la desigualdad se redujo al ser mayor la proporción de médicos que gana al menos un salario suficiente que en 1987, además de que no existen médicos que trabajen y no reciban ingresos o que ganen menos de 2 salarios mínimos.

Respecto a la precarización laboral, la pérdida de los derechos laborales establecidos en las leyes laborales ha sido mucho más acentuada en los médicos que en las enfermeras, y de estos, los más afectados han sido los del estado de Nuevo León quienes han visto esfumarse sus derechos

sociales especialmente en el caso del acceso a instituciones de salud, algo paradójico si se considera que son precisamente ellos quienes ofrecen el servicio a la salud a la población en general; mientras que por el lado del salario suficiente el impacto negativo se ha dado especialmente a nivel país por lo que, en base a los ITD obtenidos, se puede afirmar que se ha dado una precarización laboral tanto en los médicos como en las enfermeras a nivel nacional y en el estado pero, en diferentes grados.

De esta forma, los cambios estructurales y sectoriales ocurridos en la economía y el sector de la salud, han precarizado el empleo aunque en diferente manera tanto en los médicos como en las enfermeras, quedando los primeros más vulnerables, especialmente en donde las transformaciones estructurales económicas y sectoriales se han dado con más fuerza.

Asignaturas pendientes

Esta investigación ha centrado su atención en comprender como el modelo neoliberal modificó al sector de la salud y las condiciones laborales del personal que en él trabajan, específicamente los médicos y las enfermeras, donde para esto último se creó un marco teórico-metodológico que permitiera medir la calidad del empleo a través del ITD. Sin embargo, representa una pequeña parte de lo que podría estudiarse en torno a este tema. Algunos otros estudios que podrían realizarse son:

- a. La calidad del empleo por especialidad médica.
- b. La calidad del empleo de los médicos y enfermeras en cada uno de los estados del país o regiones.
- c. Las brechas de ingreso entre médicos y enfermeras de zonas urbanas y rurales
- d. Las brechas de ingreso de médicos y enfermeras desde una perspectiva de género
- e. La calidad del empleo por municipios
- f. Entre otros.

Realizar estudios como estos permitiría tener un conocimiento más completo sobre las condiciones laborales en las profesiones de la salud, además de que permitiría la aplicación del marco teórico-metodológico propuesto en esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achleitner, W. (2011). El decrecimiento: una respuesta al desarrollismo económico. *Revista Expresión Económica*, núm. 26. Jalisco, México: Universidad de Guadalajara, CUCEA.

Actis, E. (2005). Déficit de trabajo decente en hombres y mujeres. Una aproximación a través de indicadores. *Red Académica para el Diálogo Social*. Recuperado de http://www.oit.org.ar/documentos/actis_informe_final.pdf

Aguilar, H. (2000). La enseñanza de la medicina en México. En Aréchiga, H. y Benítez, L. (Coords.), *Un siglo de ciencias de la salud en México*. México, D.F.: Fondo de estudios e investigaciones Ricardo J. Zevada, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Fondo de Cultura Económica.

Alarcón, G. (2007). Oportunidades y desafío. Nuevo León en el umbral de su cuarta industrialización. *Trayectorias*, Revista de ciencias sociales, num. 25, septiembre-diciembre, Monterrey, N.L.: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Alma-Ata (1978). Declaración de Alma-Ata. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Recuperado de http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Álvarez, C. (s/f). *Historia de las Telecomunicaciones en México*. Recuperado de <http://revistabimensualup.files.wordpress.com/2007/09/d2-historiadelastelecomunicacionesenmxicooriginal1.pdf>

Alzugaray Treto, C. (s/f). *El ALCA dentro de la estrategia hegemónica de Estados Unidos*. Recuperado de <http://www.visionesalternativas.com/militarizacion/articulos/geoestrat/24.htm>

Amores, J. E. (2007). Monterrey: una cultura propia. En Ortega, I. (coord.), *Nuevo León en el siglo XX. La industrialización del segundo auge industrial a la crisis de 1982*. Tomo II. Monterrey, N.L.: Fondo Editorial de Nuevo León.

Anand, S.; y Sen, A. (1994). *Desarrollo Humano Sostenible: Conceptos y Prioridades*. Documento inédito.

Ancer Rodríguez, J. (2011). La educación: retos del desarrollo científico y tecnológico ante la sociedad del conocimiento. En Gutiérrez Garza, E. (coord.), *Cambiar México con participación social*. México, D. F.: Senado de la República-UANL-Siglo XXI.

Anker, R., Chernyshev, I., Egger, P., Mehran, F., y Ritter, J. (2003). La medición del trabajo decente con indicadores estadísticos. *Revista Internacional del Trabajo*, vol 122 num 2, 2003/2. Ginebra, Suiza: OIT.

Arrazate, R. (2010). *Televisoras mexicanas actores políticos y económicos*. Ponencia presentada en el Congreso de la Asociación Latinoamericana de Estudios del Trabajo (ALAST), Cd. de México, abril 2010.

Arreola, H. y Nigenda, G. (2002). La economía de la salud como una herramienta para la toma de decisiones en el sector salud. *Foro Silanes. Atención a la salud en México. Economía y Salud en México*. Año 6, num. 14.

Bambirra, V. (1978). *Teoría de la dependencia. Una anticrítica*. México: Era.

Beatty, E. N. (1996). Invención e Innovación: Ley de patentes y tecnología en el México del siglo XIX. *Historia mexicana*, vol. 45, No. 3, Enero-Marzo. México, D.F.: El Colegio de México.

Beck, U. (2000). *Un nuevo mundo feliz: la precariedad del trabajo en la era de la globalización*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Benítez, L. y Aréchiga, H. (2000). De la medicina a las ciencias de la salud. En Aréchiga, H. y Benítez, L. (coords.), *Un siglo de ciencias de la salud en México*. México, D.F.: Fondo de estudios e investigaciones Ricardo J. Zevada, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Fondo de Cultura Económica. Libro de medicina

Berger, S. (2006), *Made in Monde. Les nouvelles frontières de l'économie internationale*, Seuil.

Bescond, D., Chataignier, A. y Mehran, F. (2003). Siete indicadores para medir el trabajo decente. Comparación Internacional. *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 122, no. 2: 197-231. Ginebra, Suiza: OIT.

Bilbao, A. (1999). *El empleo precario*. Madrid: Los libros de la catarata.

Bilbao, A. (2000). Trabajo, empleo y puesto de trabajo. *Política y Sociedad*, no. 34 (pp 69-81), Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Blanco, J. y López, O. (1990). *Política de salud e impacto epidemiológico*. Recuperado de http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=3&tipo=ARTICULO&id=1336&archivo=4-96-1336syh.pdf&titulo=Política de salud e impacto epidemiológico

Banco Mundial (BM), (1980). *World Development Report, 1980*. Recuperado de: worldbank.org

_____ (1987). *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform*. Washington, D.C., U.S.A: The World Bank.

_____ (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud*. Recuperado de <http://worldbank.org>

_____ BM (2007). *Improving effectiveness and outcomes for the poor in health, nutrition, and population. An evaluation of world bank group support since 1997*. Recuperado de <http://worldbank.org>

_____ (2010). *Indicadores del Banco Mundial*. Consultados en <http://worldbank.org>

_____ (s/f). *World Bank Group Historical Chronology*. Recuperado de <http://worldbank.org>

Bonnet, F., Figueiredo, J. y Standing, G. (2003). Una familia de índices de trabajo decente. *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 122, no. 2: 233-261. Ginebra, Suiza: OIT.

Borah, W. y Cook, S. (1960). *La despoblación del México Central en el siglo XVI*. Ponencia presentada el 27 de agosto de 1960 en el XI Congreso Internacional de Ciencias Históricas, Estocolmo.

Boyer, R. (1998). La globalización: mitos y realidades. En Gutiérrez Garza E. e Infante, J. M. (coords.), *El Debate Nacional 1: México en el Siglo XXI*, México: Diana-UANL.

Brachet-Márquez, V. (1996). *El pacto de dominación. Estado, clase y reforma social en México (1910-1995)*. México, D. F.: El Colegio de México.

Bustamante, E. (1982). *La salud pública en México 1959-1982*. México. D.F.: Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).

Bustelo, P. (1999). *Teorías contemporáneas del desarrollo económico*. Madrid: Síntesis.

Carrillo Prieto, I. (1991). Derecho de la seguridad social. En, *El derecho en México. Una visión de conjunto*, tomo III, México, UNAM.

Comisión Económica para América Latina (CEPAL), (1997). *La inversión extranjera en América Latina y El Caribe*. Informe 1997. Recuperado de <http://www.eclac.org/>

_____ (1999). *La inversión extranjera en América Latina y El Caribe, 1999*. Recuperado de <http://www.eclac.org/>

_____ (2003). *La inversión extranjera en América Latina y El Caribe, 2003*. Recuperado de <http://www.eclac.org/>

_____ (2004). *La inversión extranjera en América Latina y El Caribe, 2004*. Recuperado de <http://www.eclac.org/>

_____ (2009). *La inversión extranjera en América Latina y El Caribe, 2009*. Recuperado de <http://www.eclac.org/>

Cinterfor (2001). *Formación para el trabajo decente*. Ginebra, Suiza: OIT.

Conferencia Internacional del Trabajo (CIT), (2003). *Aprender y formarse para trabajar en la sociedad del conocimiento*. Ginebra: OIT.

Clark, J.G. (1995). Economic development vs. sustainable societies: reflections on the players in a crucial contest. *Annual Review of Ecology and Systematics*, vol. 26, pp. 225-248

Clavijo, F. y Valdivieso, S. (2000). Reformas estructurales y política macroeconómica: El caso de México 1982-1999. *Serie Reformas Económicas*, no. 67, Mayo del 2000.

Comisión Mundial sobre el Ambiente y el Desarrollo (CMMAD), (1987). *Nuestro Futuro Común*. Recuperado de <http://worldinbalance.net/intagreements/1987-brundtland.php>

Coatsworth, J. H. (1979), Indispensable railroads in a backward economy; the case of Mexico. *Journal of Economic History*, vol. 39, núm. 4, pp. 939-960.

_____ (1990), *Los orígenes del atraso: nueve ensayos de historia económica de México en los siglos XVIII y XIX*. México, D. F.: Alianza Editorial Mexicana.

Coriat, B. (1984). *El taller y el cronómetro*. México: Siglo XXI.

Coriat, B. (1993). *Pensar al revés. Trabajo y organización en la empresa japonesa*. México: Siglo XXI.

Corona, L. (2004). La tecnología, siglos XVI al XX. En Semo, E. (coord.), *Colección Historia Económica de México*. México, D.F.: UNAM-Océano.

Dávila, A. (s/f). *Alma Ata. Una deuda ética y moral pendiente*. Recuperado de <http://usuarios.advance.com.ar/asociacionsaludbucal/ALMA.HTM>

De Buen, N. (1996). Principios constitucionales de la seguridad social mexicana en el contexto de la globalización. En L. Mussot (ed.), *Alternativas de reforma de la seguridad social*, pp. 17-39, México, D.F.: Fundación Ebert/UAM-Xochimilco.

De la Cueva, M. (1993). *El nuevo derecho mexicano del trabajo*. México, D.F.: Porrúa.

De la Peña, S. y Aguirre, T. (2006). De la Revolución a la Industrialización. En Semo, E. (coord.), *Historia Económica de México*, vol. 6, México: UNAM- Editorial Océano.

De Montmollin, M. y Pastré, O. (1984), *Le taylorisme*. París, La Découverte.

Delgado, G., Estrella, E. y Navarro, J. (1999). El código sanitario panamericano: hacia una política de salud continental. *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 6, núm. 5.

Díaz Barriga, A. (1999). Contexto nacional y políticas públicas para la educación superior en México, 1950-1995. En Casanova, H. y Rodríguez, R. (Coord.), *Universidad contemporánea Racionalidad política y vinculación social* Tomo II. México, D.F.: Centro de Estudios sobre la Universidad-Editorial Porrúa.

Díaz, R. (2006). Una mirada a la educación mexicana y a lo que podría ser. En Solana, F. (Comp.), *Educación. Visiones y revisiones*. México, D.F.: Siglo XXI.

Díaz-Alejandro, C. F. (1985). América Latina en la depresión, 1929-1939. En Gersovitz, M., Díaz-Alejandro, C. F., Ranis, G. y Rosenzweig, M. R. (Comps.), *Teoría y experiencia del desarrollo económico*. México, DF.: Fondo de Cultura Económica.

Diputados (s/f). *Contexto internacional en Seguridad Social*. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, Recuperado de www.diputados.gob.mx/cesop/

Diputados (2006). *Antecedentes, en Educación*. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Recuperado de www.diputados.gob.mx/cesop/

Diario Oficial de la Federación (DOF), (1944). México, 7 de julio de 1944. Pag 2-4.

_____ (1973). Ley del Seguro Social. 3 de diciembre de 1973.

_____ (1983). México, 31 de mayo de 1983.

_____ (2002). México, 12 de noviembre de 2002.

_____ (2006). *Ley Federal del Trabajo*. Recuperado de <
<http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125.pdf>>

_____ (2008). *Ley de Inversión Extranjera*. Última reforma 20-08-2008.

_____ (2009). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado de <http://diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>

_____ (2010). *Ley General de Salud*. Últimas reformas publicadas 27-04-2010.

Domínguez, H. y Carrillo, R. A. (2008). *La Reforma Liberal de 1855-1860*. Recuperado de <http://portalacademico.cch.unam.mx/materiales/prof/matdidac/sitpro/hist/mex/mex1/HMI/RefLiberal.pdf>

Dos Santos, T. (1973). *Dependencia y cambio social*. Caracas, Venezuela: Universidad Central de Venezuela.

Egger, P. y Sengenber, W. (2002). Problemas y políticas del trabajo decente, CINTERFOR, *Boletín n° 153*, Montevideo.

Escalante, F. (2011). *Homicidios 2008-2009. La muerte tiene permiso*. Recuperado de Pag web: www.nexos.com.mx

Espinoza, M. (2003). *Trabajo decente y protección social*. Chile: OIT.

Este País (2009). Niñez Trabajadora. Magnitud y características del trabajo infantil en México. Revista *Este País*, num. 219. Junio.

Esteva, G. (1996). Desarrollo. En Sachs, W. (ed.), *Diccionario del desarrollo. Una guía del conocimiento como poder*. Proyecto Andino de Tecnologías Campesinas, Lima.

Fajardo, G., et al (2002). *Perspectiva histórica de atención a la salud en México 1902-2002*. México, D.F.: Organización Panamericana de la Salud.

Fajardo, G. y Sánchez J. M. (2005). La medicina mexicana de 1901 a 2003. *Revista Mexicana de Patología Clínica*, vol. 52, num. 2, pag 118-123 Abril-junio. México, D.F.: Federación Mexicana de Patología clínica AC.

Feketekuty, G. (1990). *Comercio internacional de servicios. Panorama general y modelo para las negociaciones*. Ediciones Gernika. México, D.F.

Fernández, José (2000). *Los componentes de la práctica clínica*. Ateneo, volumen 1, num 1.

Flores, O. (2000). *Monterrey Industrial 1890-2000*. Nuevo León, México: Universidad de Monterrey.

Foucault, Michel (1974). *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*. Conferencia dictada en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil.

Frenk, J., et al (1994). Consequences of the North American Free Trade Agreement for Health Services: A Perspective from Mexico. *American Journal Public Health*, vol. 84, no. 10, oct.

Fuji, G. y Alatríste. M. G. (2008). *Trabajo decente en México, 2006-2007*. Trabajo presentado en el VI Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Estudios del Trabajo, Querétaro, mayo, 2008.

Galhardi, R. (2008). *Indicadores de trabajo decente: Un índice para México*. Oficina para Cuba y México: Organización Internacional del Trabajo.

Gamboa, C. (2008). *Artículo 123 constitucional. Estudio de antecedentes, derecho comparado y de las iniciativas presentadas*. Dirección de servicios de Información y Análisis. Subdirección de Política Interior.

García, B. (2006). La situación laboral precaria: Marcos conceptuales y ejes analíticos pertinentes. *Revista Trabajo*. Año 2, no. 3 jul-dic. Tercera Época.

García, R. (2007). La conformación del área metropolitana de monterrey y su problemática urbana, 1930-1984. En Ortega, I. (coord.), *Nuevo León en el siglo XX. La industrialización del segundo auge industrial a la crisis de 1982*. Tomo II. Monterrey, N.L.: Fondo Editorial del Nuevo León.

Garza Galindo, A. A. (1994). *Determinación del precio internacional del petróleo. Opciones para México*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Garza, G. y Sobrino J. (2009). *Evolución del sector servicios en ciudades y regiones de México*. México, D.F.: El Colegio de México.

Garza, G. y Terrones, M. E. (2009). Nueva España y Ciudad de México: Hegemonía del sector servicios en las postrimerías del siglo XVIII. En Garza, G. y Sobrino J. (coords.), *Evolución del sector servicios en ciudades y regiones de México*. México, D.F.: El Colegio de México.

Garza, G. (coord.) (2006). *La organización espacial del sector servicios en México*. México, D.F.: El Colegio de México.

Ghai, D. (2003). Trabajo decente. Concepto e indicadores. *Revista Internacional del trabajo*, vol. 122, num. 2: 125-160, OIT, Ginebra, 2003.

Giugale, et al, (2001). *Mexico. A comprehensive development agenda for the new era*. Washington, DC: Banco Mundial.

Gómez-Dantés, Octavio, Frenk, Julio y Cruz, Carlos (1997). Commerce in health services in North America within the context of the North American Free Trade Agreement. *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 1, num. 6.

González, R. M. y Almeida, M. G. (s/f). *El protomedicato*. Recuperado de biblio.juridicas.unam.mx/libros/2/700/21.pdf

González, M. (2006). *La promoción del trabajo decente y productivo de los jóvenes en la Región América*. Ponencia presentada en el seminario Estrategias para la Generación de Empleo Productivo para los Jóvenes. Morelos, México, noviembre, 2006.

González, P. (2006). *Busca Christus Mugerza duplicar tamaño*. Periódico El Norte, 4 de mayo. Recuperado de www.elnorte.com

Graciarena, J. (1976). Poder y estilos de desarrollo: una perspectiva heterodoxa. *Revista de la CEPAL*, num. 1. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Griffin, K. (s/f). *Desarrollo humano: Origen, evolución e impacto*. Recuperado de http://www.bantaba.ehu.es/formarse/ficheros/view/Griffin_Desarrollo_humano_origen_evo_luci%C3%B3n.pdf?revisión_id=69102&package_id=69030

Guillén, H. (1986). *Orígenes de la crisis en México 1940/1982*. México, D.F.: Ediciones ERA.

_____ (1997). *La contrarrevolución neoliberal*. México, D. F.: Ediciones ERA.

_____ (2008). Francois Perroux: pionero olvidado de la economía del desarrollo. *Mundo Siglo XXI*, No. 11, Invierno 2007-2008: 11-22. IPN, México, D. F.

Guillén, M. (1990). *Profesionales y burocracia: desprofesionalización, proletarización y poder profesional en las organizaciones complejas*. Reis num. 51 julio-septiembre.

Gutiérrez Garza, E. (1990). La crisis laboral y la flexibilidad del trabajo. México 1983-1988. En Gutiérrez Garza E. (coord.), *Testimonios de la crisis, 4. Los saldos del sexenio (1982-1988)*, México: Siglo XXI Editores/UAM-Unidad Iztapalapa.

_____ (2003). *Teorías del desarrollo en América Latina*. México, D.F.: Editorial Trillas. ISBN 968-24-6849-3

_____ (2006). Industrialización y sustentabilidad. En Gutiérrez Garza, E., Palacios, L. y Acuña, K. (coords.), *Desarrollo Sustentable: Diagnóstico y prospectiva para Nuevo León*. México, D.F.: UANL-Plaza y Valdez.

_____, et al (2009). *México: democracia, participación social y proyecto de nación*. UANL-Siglo XXI Editores, México, D.F.

_____ (2009). *Escenarios de sustentabilidad industrial. Nuevo León 1988-2004*. México, UANL/Plaza y Valdés.

_____ (2003). *Estudios del desarrollo en América Latina*. México, coedición de la UANL y Editorial Trillas.

_____ y González, E. (2010). *De las teorías del desarrollo al desarrollo sustentable*. México, DF.: Siglo XXI-UANL.

_____ Gutiérrez Garza, E. (2011). En economía, ¿dónde estamos, hacia dónde vamos? En Gutiérrez Garza E. (coord.), *Cambiar México con participación social*. México, D.F.: Senador de la República-UANL-Siglo XXI.

_____, et al (2012). *Indicadores de sustentabilidad en el estado de Nuevo León*. UANL-Siglo XXI, México DF.

Hidalgo, A. (1998). *El Pensamiento Económico sobre el Desarrollo: de los mercantilistas al PNUD*. Universidad de Huelva, España.

Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG), (s/f). *Historia del Instituto Nacional de Salud*. Recuperado de http://www.himfg.edu.mx/interior/el_instituto.html

Hunt, D. (1989). *Economics theories of development. An analysis of competing paradigms*. Harvester Wheatsheaf.

IMSS-Solidaridad (1990). Boletín informativo 8. México, D.F.: IMSS-Solidaridad.

Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH), (1996). *Los Códices de México*. Instituto Nacional de Antropología e Historia y la Dirección General de Servicios de Cómputo Académico. México D.F. Recuperado de <http://www.iconio.com/ABCD/F/INDEX.PDF>

INEGI (2008). *Estadísticas históricas de los municipios de Nuevo León*. Tomo III. México, DF. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx>

_____ (2008a). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx>

_____ (2009). *Estadísticas Históricas de México 2009*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx>

- _____ (2009a). *Censos Económicos 2009*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx>
- _____ (2010). *Censo de Población y Vivienda 2010*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx>
- _____ (2012). *Indicadores oportunos de ocupación y empleo*. Cifras preliminares durante diciembre de 2011. <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/comunicados/ocupbol.asp>
- _____ (s/f). *V Censo General de Habitantes de 1930*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/>
- Infante, A. (2000). Reforma de los sistemas de salud en América Latina y El Caribe: situación y tendencias. *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 8, no. 1.
- Iriart, C., Emerson, E. M. y Howard, W. (2000). La atención gerencial en América latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cuadernos de Saúde Pública, Río de Janeiro*, vol. 16, no. 1, ene/mar.
- Juan López, M. (2002). La atención de la salud en México. En De la Fuente, J. R. y López, J. (comps.), *Referentes de salud pública en México*. Red Mexicana de Directivos de Servicios de Salud y Universidad Nacional Autónoma de México; México, DF.
- Katz, F. (1980). *La servidumbre agraria en México en la época porfiriana*. México, D. F.: Ediciones Era.
- Knaul, F. M. and Frenk, J. (2005). Health insurance in México: Achieving universal coverage through structural reform. *Revista Health Affairs*, vol. 24, num. 6, November/December.
- Knaul, Felicia, et. al. (2007). La competitividad, la salud y el sector salud: una nueva vertiente del paradigma de economía y salud. *Gaceta Médica de México*, vol. 143, no. 2, 2007.
- Kretschmer, Roberto (2000). La medicina institucional en México: una perspectiva histórica. En Aréchiga, H. y Benítez, L. (coords.), *Un siglo de ciencias de la salud en México*. México, D.F.: Fondo de estudios e investigaciones Ricardo J. Zevada, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Fondo de Cultura Económica.
- Kretschmer, R. (2003). *El ejercicio actual de la medicina. Presiones, depresiones e ilusiones*. Conferencia Ignacio Chávez 2003, Academia Nacional de Medicina.
- Kumate, J. (1990). *Programa Nacional de Salud 1990-1994*.
- NL (s/f). *Los servicios de salud en Nuevo León*. Recuperado de http://www.nl.gob.mx/?P=serv_salud_ant
- Kuntz Ficker, S. (1999). Ferrocarriles y mercados: tarifas, precios y tráfico ferroviario en el Porfiriato. En Kuntz Ficker, S. y Connelly, P. (eds.), *Ferrocarriles y obras públicas*.

México, D. F.: Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora/ColMich/ColMex/Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM.

Lakin, J. (2010). The end of insurance? Mexico's Seguro Popular, 2001-2007. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 35, num. 3, june. Duke University Press.

Lanari, M. E. (comp.) (2005). Trabajo decente: diagnóstico y aportes para la medición del mercado laboral local. Mar del Plata 1996-2002. Ed. Suárez, Mar del Plata. Citado en *Trabajo decente: significados y alcances del concepto. Indicadores propuestos para su medición*. Del Ministerio del Trabajo de Argentina (s/f).

Larson, M. (1977). *The rise of professionalism: A sociological analysis*. Berkeley, California: University of California Press.

Laurell, A. C. (s/f). *La salud: de derecho social a mercancía*. Recuperado de http://www.javeriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/Profesores/jramirez/PDF/laurell-saludmercancia.pdf

_____ (s/f(a)). *El modelo privatizador en los sistemas de salud. El caso del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado de: http://prdleg.diputados.gob.mx/publicaciones/libros/ssbalance_web/ssbalance-73-87.pdf

_____ y López (1996). Market commodities and poverty relief. The world bank proposal for health. *International Journal of Health Services*, 26: 1-18.

_____ (1996). *No hay pierde: todos pierden. La reforma a la Ley del IMSS*. México, D.F.: Instituto de la Revolución Democrática.

Lema, C. (s/f). *Historia y concepto del derecho a la salud*. Recuperado de <http://vlex.com/vid/217587829>

Léonard, Y. (2001). Mondialisation et inégalités, en *Cahiers Francais* No. 305. Francia: La Documentation Francaise.

LFT (2010). *Ley Federal del Trabajo*. Recuperado de <http://www.gobierno.com.mx/ley-federal-del-trabajo/>

López, O. & Blanco, J. (1993). *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

López, O. y Blanco, J. (2001). La polarización de la política de salud en México. *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, vol. 17, num. 1, enero/febrero.

Juan López, M. (2002). La atención de la salud en México. En De la Fuente, J. R. y López Bárcena, J. (Comps.), *Referentes de la salud pública en México*. Red mexicana de directivos de servicios de salud – UNAM, México, DF.

López Villafañe, V. (2007). De lo local a lo global. La experiencia de Nuevo León en la globalización. En López Villafañe, V. (coord.), *Nuevo León en el siglo XX. Apertura y*

globalización: de la crisis de 1982 al fin de siglo. Tomo III. Nuevo León, México: Fondo Editorial de Nuevo León.

Lozano, D., et. al. (2006). Necesidad de un programa de recuperación del poder adquisitivo del salario en México. *Reporte de Investigación núm. 70*, Centro de Análisis Multidisciplinario (CAM) de la Facultad de Economía de la UNAM. Recuperado de <http://www.economia.unam.mx/cam/index.html>

Lozoya, X. (2000). La medicina prehispánica. En Aréchiga, H. y Benítez, L. (coords.), *Un siglo de ciencias de la salud en México*. México, D.F.: Fondo de estudios e investigaciones Ricardo J. Zevada, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Fondo de Cultura Económica. Libro de medicina

Macías, M. C. (2010). *Reestructuración y concentración de las cadenas de supermercados en México: generalización del modelo de distribución en tiendas de autoservicio*. Presentación en el Congreso de la Asociación latinoamericana de Estudios del Trabajo en abril del 2010.

Malloy, J. (1986). Statecraft, política y crisis de la seguridad social. Una comparación de la América Latina y los Estados Unidos. En Mesa-Lago, C., *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Manzanilla Schaffer, Y. (1963). Reforma Agraria en México. En, *México: 50 Años de Revolución. La economía, la vida social, la política, la cultura*. México: Fondo de Cultura Económica.

Marichal, C. (1997). Obstacles to the Development of Capital Markets in Nineteenth-Century Mexico. En S. Haber (ed) *How Latin America fell behind: Essays on the economic histories of Brazil and Mexico, 1800-1914*, Stanford: Stanford University Press.

Marini, R. M. (1973). *Dialéctica de la dependencia*. México: Serie Popular Era.

Martínez, D. (2005). Crecimiento Económico con Trabajo Decente. *Revista Trabajo: Trabajo Decente*. Año 1, No. 1 julio-diciembre de 2005. Tercera Época. Universidad Autónoma Metropolitana, OIT y Plaza y Valdez.

Martínez, Martha (2012). Golpea el crimen atención médica. Periódico Reforma, sección nacional, pág. 6. Domingo, 4 de noviembre del 2012.

McConell, C. y Stanley, B. (2001). *Economía*. Bogotá, Colombia: McGraw Hill, 14ª. Edición.

Méndez, J. S. (2008). *Problemas Económicos de México*. México, D.F.: McGrawHill, Sexta Edición.

Méndez, Bernardo (s/f). *Migración mexicana transnacional: nueva identidad, entre asimilación y resistencia cultural en Estados Unidos*. Pag web: <http://www.diplomaticosescritores.org/obras/migracionmexmlugocompleto.pdf>

Menéndez, E. L. (2005). Políticas del sector salud mexicano (1980-2004): Ajuste estructural y pragmatismo de las propuestas neoliberales. *Salud Colectiva*, mayo-agosto, año/vol. 1, número 002. Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina. [Http://redalyc.uaemex.mx](http://redalyc.uaemex.mx)

Merino, G. (s/f). Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo. *Caleidoscopio de la salud*.

Mesa-Lago, C. (1986). Introducción. En Mesa-Lago, C., *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Montiel, L. (s/f). *Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria*. Recuperador de <http://ec.digaden.edu.mx/moodle/moodledata../92/admonhosp/01unidad/02tem/dersal2.2.pdf>

Moreno-Brid, J. C. y Ros Bosch, J. (2010). *Desarrollo y crecimiento en la economía mexicana. Una perspectiva histórica*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.

Murayama, Ciro (2012). La construcción del estado de bienestar para México. En Becerra, Ricardo (coord.), *Equidad social y parlamentarismo. Balance de treinta años*. México, D. F.: Instituto de Estudios para la Transición Democrática- Siglo XXI Editores.

Neffa, J. C. (2006). Evolución conceptual de la Teoría de la Regulación. En, De la Garza Toledo, Enrique. *Teorías sociales y estudios del trabajo: nuevos enfoques*. Anthropos-UAM Unidad Iztapalapa División de Ciencias Sociales y Humanidades. España.

Nigenda, G. y Ruiz, J. A. (s/f). *The decentralization of human resources and the health system in Mexico*. Recuperado de http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_3_2_04.pdf

Nigenda, G., Troncoso, E., Arreola, H., López, M. y González, L. M. (s/f). Mezcla público-privada en el sector salud. Reflexiones sobre la situación en México. *Caleidoscopio de la Salud*.

Nigenda, G., Ruiz, J. A. y Montes, J. (2001). Nuevas tendencias en la regulación de la profesión médica en el contexto de la reforma del sector salud: el caso de México. *Revista médica de Chile*, vol. 129, num. 11, Santiago de Chile.

NL (s/f). Portal del Gobierno de Nuevo León. Pag.web http://www.nl.gob.mx/?p=sec_des_not27

Nun, J. (1968). La marginalidad en América Latina, citado en José Nun (2001), *Marginalidad y exclusión social*. Santiago de Chile: FCE.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), (s/f). Base de datos de la OCDE. Recuperado de www.oecd.org

Ohno, T. (1989). *L'espirit Toyota*. París: Masson.

OISG (2008). De Alma Ata al Fondo Global. La historia de las políticas internacionales de salud. Observatorio Global de Salud Italiano. *Medicina social*, vol. 3, num. 1, enero, 2008.

Organización Internacional del Trabajo (OIT), (1919). *Constitución de la OIT*. Recuperador de <http://www.ilo.org/ilolex/spanish/constq.htm>

_____ (1944). *La Declaración de Filadelfia*. Recuperado de <http://www.ilo.org>

_____ (1972). *Employment, incomes and equality. A strategy for increasing productive employment in Kenya*. Ginebra, OIT.

_____ (1976). *Employment, Growth and Basic Needs: A One World Problem. The international "basic needs strategy" against chronic poverty*. Praeger Publisher, Nueva York.

_____ (1999). *Memoria del director general: Trabajo Decente. 87ª*. Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, Ginebra, junio 1999. Página Internet: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc87/rep-i.htm>

_____ (2000). *Reducir el déficit de trabajo decente. Un desafío global*. Memoria del Director General, OIT, 89ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, Ginebra.

_____ (2001). Índice de desarrollo de trabajo decente 1990-2000. *Panorama Laboral 2001*, Regional para América, Lima, Perú, diciembre.

_____ (2002). Nuevos indicadores para el índice de desarrollo del trabajo decente. *Panorama Laboral*. Oficina Regional para América, Lima, Perú, diciembre. (2002).

_____ (2006). *Puesta en práctica del Programa Global de Empleo: Estrategias de empleo en apoyo al trabajo decente*. Suiza: OIT.

_____ (2010). *Informe mundial sobre salarios 2010/2011. Políticas salariales en tiempos de crisis*. Santiago de Chile: OIT.

OMS (1946). *Constitución de la OMS*. Ginebra. Recuerado de www.who.int.org

ONU (s/f). *Convención sobre los derechos de los niños*. Recuperado de http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm

_____ (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por las Naciones Unidas en 1948*. Recuperado de www.un.org/es/documents/udhr/

Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2002). *Perspectiva histórica de atención a la Salud en México, 1902-2002*. México: OPS.

Ordóñez, G. (2002). El estado de bienestar en las democracias occidentales: lecciones para analizar el caso mexicano. *Región y Sociedad*, vol. XIV, no. 24. El Colegio de Sonora.

- Ortega, I. (2007). Industrialización de Monterrey: condicionantes y características del segundo auge industrial, 1940-1970. En Tomo II, *La industrialización del segundo auge industrial a la crisis de 1982*. Nuevo León: Fondo Editorial de Nuevo León.
- Ortiz, M., Puerto, J. y Aceves, P. (2008). La reglamentación del ejercicio farmacéutico en México. Parte I (1841-1902). *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*.
- Ortún, V. (1992). *La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones*. Barcelona, España: Escola Universitària de Treball Social.
- Partida, R. (2001). Nuevas formas de empleo flexible en México, el trabajo subcontratado en las agencias de colocación en Jalisco. *Revista Región y Sociedad*, vol. XIII, num. 22, junio 2001, citada en Rivera, Rogelio, La ley federal del trabajo 2009 y la subcontratación (outsourcing) en México, ponencia presentada en el Congreso de la Asociación Latinoamericana de Estudios del Trabajo en el 2010.
- Passos, R. (1991). El proceso de producción de servicios de salud. *Educ Med Salud*, vol. 25, num. 1.
- Paz Sánchez, F. (2000). *La política económica del porfiriato*. Instituto Nacional de Estudios de la Revolución Mexicana.
- Pereyra, G. (2012). México: violencia criminal y “guerra contra el narcotráfico”. *Revista Mexicana de Sociología* 74, núm. 3 (julio-septiembre, 2012): 429-460. UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales. ISSN: 0188-2503/12/07403-03.
- Perroux, F. (1969). *Indépendance de l'économie nationale et interdépendance des nations*. Paris: Aubier Montaigne.
- _____ (1982). *Dialogue des monopoles et des nations*. Grenoble, PUG, pag 363..
- _____ (1991). *L'économie du XXe Siècle*, Grenoble, PUG.
- Pinto, A. (1976). Notas sobre estilos de desarrollo en América Latina. *Revista de la CEPAL*, num. 1. Santiago de Chile.
- Piore, M. y Sabel, Ch. F. (1990). *La segunda ruptura industrial*. Madrid: Alianza Editorial.
- Piore, M. (1983). El dualismo como respuesta al cambio y a la incertidumbre. En Toharia, L. (comp.), *El mercado de trabajo: teoría y aplicaciones*. Madrid: Alianza Universidad Editores.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, (1990). *Informe sobre desarrollo humano 1990. Concepto y medición del desarrollo humano*.
- _____ (1995), *Informe sobre desarrollo humano 1995. La revolución hacia la igualdad en la condición de los sexos*. Ginebra.

_____ (1996). *Informe sobre desarrollo humano 1996. Crecimiento económico y desarrollo humano.*

_____ (1999). *Informe sobre desarrollo humano 1999. La mundialización con rostro humano.*

_____ (PNUD, 2000). *Informe sobre desarrollo humano 2000.*

_____ (2001). *Informe sobre desarrollo humano 2001. Poner el adelanto tecnológico al servicio del desarrollo humano.*

_____ (2002). *Informe sobre Desarrollo Humano. México 2002.*

_____ (2007). *Informe sobre Desarrollo Humano México 2006-2007: migración y desarrollo humano e Índice de Desarrollo Humano Municipal en México 2000-2005.*

(PNUD-DP, 1994). *Futuro del programa de las naciones unidas para el desarrollo. Iniciativas para el cambio.*

Ponzio, C. A. (2005). *Looking at the dark side of things: Political instability and economic growth in post-independence Mexico.* Recuperado de <http://insidemydesk.com/pnp/PonzioPolitical.pdf>.

Presidencia (2006). *México 2030. Proyecto de gran visión.* Recuperado de http://www.vision2030.gob.mx/pdf/15analisis/ECYGDE_CYT.pdf

Quijano, M. (2000). La medicina mexicana en la globalización. En Aréchiga, H. y Benítez, L. (coords.), *Un siglo de ciencias de la salud en México.* México, D.F.: Fondo de estudios e investigaciones Ricardo J. Zevada, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Fondo de Cultura Económica.

Quirós, J. M. (1973). Idea de la riqueza que daban a la masa circulante de Nueva España sus naturales producciones en los años de tranquilidad, y su abatimiento en las presentes conmociones. En Florescano, E. y Gil, I. (1973), *Descripciones económicas generales de Nueva España, 1784-1817.* México: SEP/INAH (págs. 231-264).

Ramírez, R. M. (2001). *Políticas de la universidad pública: el discurso de la calidad.* México, D.F.: Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM).

Ramírez, M. A. (2008). Turismo médico en Tijuana, México. *Escuela de Negocios*, vol. 1, núm. 1, abril, pág. 49-64. Tijuana, Baja California: CESUN Universidad.

Ramos, L. (coord.) (2003). *El fracaso del Consenso de Washington. La caída de su mejor alumno: Argentina.* Buenos Aires: Icaria.

Rendón, T. y Salas C. (2000). El cambio en la estructura de la fuerza de trabajo en América latina. En, De la Garza, E. (coord.), *Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo.* México, D.F.: FCE, Colmex, FLCS, UAM.

- Reyes, C. C. (1999). Telefonía en México: crecimiento, distribución e impacto en la informática. *Boletín de Política Informática* No. 6.
- Rico Velasco, J. (1997). Neoliberalismo, salud pública y atención primaria: las contradicciones en el paradigma de salud para todos. *Rev. Colombia Medica*, vol 28, n° 1 p.27-33.
- Rifkin, J. (1997). *El fin del trabajo: el declive de la fuerza de trabajo global y el nacimiento de la era posmercado*. E.U.: Paidós estado y sociedad.
- Rist, G. (2002). *El desarrollo: historia de una creencia occidental*. La Catarata, Madrid.
- Rivera, R. (2010). *La ley federal del trabajo 2009 y la subcontratación (outsourcing) en México*. Ponencia presentada en el Congreso de la Asociación Latinoamericana de Estudios del Trabajo en la ciudad de México en el 2010.
- Robertson, A. (1992). *El desarrollo del estado de bienestar en Gran Bretaña, en la política social y el estado de bienestar*. España: MAS.
- Rodgers, Gerry (2002). *El trabajo decente como una meta para la economía global*. Boletín Cinterfor, no. 153.
- Rodríguez, R. (1994). La modernización de la educación superior en perspectiva. En *Universidad contemporánea Racionalidad política y vinculación social*. Rodríguez Roberto y Casanova Hugo,(Coord) Centro de Estudios sobre la Universidad. Editorial Porrúa. 1994 México.
- Rodríguez, E. (s/f). *Los costos sociales de los programas de ajuste estructural de Fondo Monetario Internacional: El caso de México*. Recuperado de <http://economia.uprrp.edu/>
- Rosvallón, P. (1981). *La crise d'État Providence*. París: Editions du Seuil.
- Sachs, I. (2004). Desarrollo y trabajo decente para todos. *Revista Internacional del Trabajo*. Vol. 123, núm. 1-2. Ginebra: OIT.
- Salas, Carlos (2000). Otra faceta de la dualidad económica: Trabajo y empleo precario en el México actual. *Revista Trabajo*, año 2, num. 3, Enero-junio del 2000, 2ª época. México, D.F.:UAM-Plaza y Valdez.
- Salcedo, Damián (1997). La evaluación de las instituciones sociales según A. K. Sen. En Sen, Amartya, *Bienestar, justicia y mercado*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Sánchez, Octavio Guillermo de Jesús. (2000). *La institución del Seguro en México*. Porrúa, México.
- Santacruz, I. (2012). *Médicos protestan con una marcha silenciosa*. Periódico Milenio de Monterrey, domingo 21 de octubre de 2012, sección Metrópoli, pág. 8.

Santiago, C. (2009). Servicios al productor como actividades motrices en Querétaro, 1980-2003. En Garza, G. y Sobrino, J. (coord.), *Evolución del sector servicios en ciudades y regiones de México*. México, D.F.: El Colegio de México.

Schuschny, A. y Soto, H. (2009). *Guía metodológica. Diseño de indicadores compuestos de desarrollo sostenible*. ONU-CEPAL-GTZ.

Sen, A. (1979). *Equality of what?* The Tanner Lecture on Human Values, delivered at Stanford University, May 22, 1979.

_____ (1992). *Inequality Reexamined*. Oxford: Clarendon Press.

_____ y Nussbaum, M. C. (comps). (1993). *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica.

_____ (1997). *Bienestar, justicia y mercado*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.

_____ (1999). *Alocución del Sr. Amartya Sen, Premio Nobel de Economía. 87ª*. Conferencia Internacional del Trabajo.

_____ (2000). *Desarrollo y Libertad*, Barcelona, Editorial Planeta. (Traducción del *Development as Freedom* (1999), London, Oxford University Press)

_____ (2000a). Trabajo y derechos. *Revista Internacional del Trabajo*, OIT, vol. 119, no. 2: 129-139. Ginebra.

_____ (2007). El trabajo decente, un derecho humano. En Sen, A., Stiglitz, J. y Zubero, I., *Se busca trabajo decente*. Madrid, España: Ediciones HOAC.

_____ (s/f). *¿Qué impacto puede tener la ética?* Documento presentado en la Reunión Internacional sobre “Ética y Desarrollo” del Banco Interamericano de Desarrollo en colaboración con el Gobierno de Noruega.

SEP (2009). *Estadísticas del sistema educativo escolarizado*. Recuperado de www.sep.gob.mx

Sepúlveda J. y López, M (2000). La salud pública en México. En Aréchiga, H. y Benítez, L. (coords.), *Un siglo de ciencias de la salud en México*. México, D.F.: Fondo de estudios e investigaciones Ricardo J. Zevada, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Fondo de Cultura Económica.

Soberón, G., Frenk, J. and Sepúlveda, J. (1986). *The health care reform in Mexico: Before and After the 1985 Earthquakes*. *AJPH*, June 1986, vol. 76, No. 6.

Soros, G. (2008). *El nuevo paradigma de los mercados financieros. Para entender la crisis económica actual*. Taurus Ediciones-Grupo Santillana.

Sotelo, A. (1999). *Globalización y precariedad del trabajo en México*, México, D.F.: Ediciones El Caballito.

Secretaría de Relaciones Exteriores, SRE, (s/f). *Participación de México en la OIT*. Recuperado de <http://portal.sre.gob.mx/oi/popups/articleswindow.php?id=238>

Secretaría de Salud, SS, (2005). *Manual de organización específico del Hospital Juárez de México*. Recuperado de http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/normatividad/MANUAL_ORGANIZACION-_2005.pdf

_____ (2007) *Secretaría de salud. Dirección General de Información en Salud*.

_____ (s/f). *Manual de organización general de la Secretaría de Salud*. Recuperado de [http://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/APC/SSA/Manuales/04012006\(1\).pdf](http://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/APC/SSA/Manuales/04012006(1).pdf)

Stiglitz, J. E. (2002). Empleo, justicia social y bienestar de la sociedad. *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 121, num. 1-2. Ginebra: OIT.

_____ (2006). *El malestar en la globalización*. México, D.F.: Taurus.

_____ (2007). Empleo, justicia social y bienestar de la sociedad. En Sen, A., Stiglitz, J. y Zubero, I., *Se busca trabajo decente*. Madrid, España: Ediciones HOAC.

Streeten, P., et al, (1981). *Lo primero es lo primero: Satisfacer las necesidades humanas básicas en los países en desarrollo*. Madrid: Tecnos.

Tamez, S., Eibenschutz, C., Camacho, I. y Hernández, E. (s/f). *Neoliberalismo y política sanitaria en México*. Recuperado de <http://www.fsms.org.br/arquivos/neoliberalismo1.pdf>

Tello, C. (2007). *Estado y desarrollo económico: México 1920-2006*. UNAM-Facultad de Economía. México, DF.

Todaro, M. P. (1987). *Economía para un mundo en desarrollo*. México, DF.: FCE.

_____ y Stephen C. Smith (2003). *Economic Development*. USA: Pearson. 8a edición.

Tokman, V. (2004). *Una voz en el camino. Empleo y equidad en América Latina: 40 años de búsqueda*. Santiago, Chile: FCE. 1ª. Edición.

Turrent, Eduardo (s/f). *Historia sintética de la Banca en México*. México, D.F.: Banco de México.

UNAM (2010). *Constitución política de los estados unidos mexicanos*. Artículo 123. Recuperado de <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/124.htm?s>

_____ (s/f). *Constitución política de los estados unidos mexicanos*. 1917. Recuperado de <http://www.juridicas.unam.mx/infjur/leg/conshist/pdf/1917.pdf>

Vásquez, B. (2009). Una visión mítica de estado industrial: La hegemonía del sector terciario en las ciudades de Nuevo León, 1980-2003. En Garza, G. y Sobrino, J. (coords), *Evolución del sector servicios en ciudades y regiones de México*. México, D.F.: El Colegio de México.

Venturi, A. (1994). *Los fundamentos científicos de la seguridad social*. España, MTySS.

Viesca, C. (2000). La medicina novohispana. En Aréchiga, H. y Benítez, L. (coords.), *Un siglo de ciencias de la salud en México*. México, D.F.: Fondo de estudios e investigaciones Ricardo J. Zevada, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Fondo de Cultura Económica.

Vizcaya, I. (2006). *Los orígenes de la industrialización de Monterrey*. Monterrey, N. L.: Fondo Editorial Nuevo León e ITESM.

Williams, C. y Millington, A. (2004). The diverse and contested meanings of sustainable development. *The Geographical Journal*, vol. 170, No. 2, June 2004, pp. 99-104.

Williamson, J. (1990). *What Washington Means by Policy Reform. Speeches and Papers*. Peterson Institute for International Economics.

Wolfe, M. (1982). Una búsqueda de un enfoque unificado para el análisis y planificación del desarrollo. *Revista de la CEPAL*, num. 17. Santiago de Chile.

Yañez, Campero, V. (2000). *La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México*. Instituto Nacional de Administración Pública, México. D.F.

Zacharie, A. (2008), Mondialisation et employ: Anatomie des grandes mutations. En Zacharie, A. et Seron A., *Mondialiser. Le travail decent*. Belgique, Luc Pire.

Zubero, I. (2007). Trabajo decente: iluminando la realidad cada vez más oscura. En Sen, A., Stiglitz, J. y Zubero, I., *Se busca trabajo decente*. Madrid, España: Ediciones HOAC.

