

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

El seguro popular de salud como un ejemplo de las estrategias que ha implementado el estado mexicano en correspondencia con lineamientos establecidos por el grupo del banco mundial

TRABAJO RECEPCIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A:

ALMAIRANY SALINAS HERNÁNDEZ

DIRECTOR:

Dra. Frida Eréndira Quintino Pérez

Ciudad de México, noviembre de 2017.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS ©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

“Todo parece imposible hasta que se hace” ...

Nelson Mandela

AGRADECIMIENTOS

A través de estas líneas quiero expresar mis más profundos agradecimientos a todos los que han formado parte de mi formación profesional.

Gracias a Dios, por darme la oportunidad de vivir, darme fortaleza en momentos de debilidad y por haber puesto en mi camino a todas las personas que han sido mi apoyo durante este proceso.

A mis padres, infinitas gracias por confiar en mí, por brindarme todo su apoyo y corregirme cuando era necesario, por darme la oportunidad de tener una excelente educación llevándome de la mano en todo momento, pero sobre todo les agradezco por respetar y apoyar cada una de mis decisiones. Gracias por ser un ejemplo de vida y por ser el pilar fundamental en todo lo que soy.

También quiero dar las gracias a la **Dra. Frida Quintino**, por cada una de sus observaciones y comentarios que fueron claves para la culminación de esta investigación. Especialmente agradezco por retomar este proyecto, mostrando su interés y entusiasmo en todo momento.

De igual forma quiero expresar mi gratitud a la **Dra. Juanita Ochoa**, a la **Mtra. Fabiola Ortega**, a la **Mtra. Ana Prado** y a la **Mtra. Denise Martínez**, por haber contribuido a la revisión y aprobación de esta tesis.

Agradezco a mi casa de estudios **la UACM**, por abrirme las puertas para mi formación académica y por el apoyo económico para la impresión y empastado de esta tesis.

Gracias a todas las personas que han sido parte de mi vida profesional, por su apoyo incondicional, por sus consejos y regaños, pero sobre todo por alentarme a seguir adelante.

¡MUCHAS GRACIAS!

ÍNDICE

	Contenido	Páginas
	INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	Objetivos y Metodología	5
	1.1. Objetivos de la investigación.....	5
	1.2. Metodología.....	5
	1.3. Investigación documental.....	6
CAPÍTULO II.	Marco conceptual: La Protección de la Salud como campo de acción de la Promoción de la Salud	11
	2.1. El concepto de salud.....	11
	2.2. El derecho a la protección de la salud y el derecho a la salud.....	15
	2.3. El derecho a la protección de la salud en instrumentos nacionales.....	17
	2.4. El concepto de promoción de la salud.....	20
	2.5. La protección de la salud en las Conferencias Internacionales de promoción de la salud.....	26
	2.5.1. Informe Lalonde de Promoción de la Salud.....	27
	2.5.2. Declaración de Alma-Ata.....	28
	2.5.3. Primera conferencia internacional: Carta de Ottawa.....	29
	2.5.4. Segunda conferencia internacional: Políticas públicas para la salud recomendaciones de Adelaide, Australia.....	31
	2.5.5. Sexta conferencia internacional: La promoción de la salud en un mundo globalizado, Bangkok, Tailandia.....	32
	2.5.6. Séptima conferencia internacional: Nairobi.....	33
	2.5.7. Octava conferencia internacional: La promoción de la salud en todas las políticas, Helsinki, Finlandia.....	33
CAPÍTULO III.	Antecedentes, estructura y transformaciones del sistema de salud en México	35
	3.1. Recorrido histórico de la respuesta social en salud en México.....	35
	3.2. Componentes esenciales de un sistema de salud.....	44
	3.3. Estructura del sistema de salud en México.....	53
	3.4. Reformas en Salud.....	59
	3.4.1. Primera generación de reformas del sistema de salud en México.....	61

3.4.2.	Segunda generación de reformas del sistema de salud en México.....	65
3.4.3.	Tercera generación de reformas del sistema de salud: apuntes para un debate.....	68
CAPÍTULO IV.	Políticas en salud del Grupo del Banco Mundial.....	70
4.1.	Política en Salud.....	70
4.2.	El Grupo del Banco Mundial.....	71
4.3.	México y su relación con el Grupo del Banco Mundial.....	80
4.4.	Políticas en salud del Grupo del Banco Mundial.....	88
CAPITULO V.	El Seguro Popular de Salud.....	101
5.1.	Veinte años de reformas en México	101
5.2.	Estructura del Seguro Popular de Salud	111
5.2.1.	Orígenes del SPS.....	111
5.2.2.	Servicios que ofrece el SPS.....	116
5.2.3.	Financiamiento del SPS.....	121
5.2.4.	Afiliación al SPS.....	123
5.3.	El SPS: ejemplo de las políticas en salud que responden a los lineamientos del grupo del Banco Mundial.....	125
5.3.1.	La población beneficiaria.....	134
5.3.2.	Prestación asegurada de servicios.	135
5.3.3.	Del gasto de bolsillo al copago.....	137
5.3.4.	La libre competencia.....	138
	CONCLUSIONES.....	142
	BIBLIOGRAFÍA.....	151

ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

	Contenido	Página.
Cuadro 1.	Investigación documental.....	7
Cuadro 2.	Principales fuentes de consulta.....	9
Figura 1.	Áreas e instrumentos de la promoción de la salud.....	23
Figura 2.	Componentes y relaciones de los Sistemas de Salud.....	46
Cuadro 3.	Tipología de modalidades de organización de los servicios de salud..	50
Figura 3.	Estructura del sector público de salud.....	56
Figura 4.	Estructura del sector privado de salud.....	58
Figura 5.	Poder del voto en el Grupo del Banco Mundial.....	75
Figura 6.	Desembolsos al sector salud por regiones, 1990 – 2011.....	79
Figura 7.	Privatización de empresas con mayor número de empleados.....	87
Figura 8.	Defunciones registradas según la causa de muerte y según el sexo, 2012.....	92
Cuadro 4.	Políticas en salud propuestas por el Grupo del Banco Mundial.....	98
Figura 9.	Contribución anual del trabajador.....	106
Figura 10.	Edad mínima de jubilación.....	106
Figura 11.	Categorías de intervenciones cubiertas por el FPGC.....	120
Figura 12.	Cuota familiar de acuerdo al decil de ingreso.....	122
Figura 13.	El Seguro Popular de Salud.....	127
Figura 14.	Hospitales disponibles por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular de Salud por entidad federativa 2008 – 2010.....	128
Figura 15.	Camas censables por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular de Salud por entidad federativa 2008 – 2010.....	129
Figura 16.	Médicos en contacto con los pacientes por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular de Salud por entidad federativa 2008 – 2010.....	130
Figura 17.	Población afiliada al Seguro Popular de Salud entre 2002 y 2012.....	131
Cuadro 5.	Comparación entre las propuestas del Grupo del Banco Mundial y las estrategias del Seguro Popular de Salud.....	133

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas dos décadas, el sistema de salud en México ha transitado por un proceso de reformas que tienen un impacto en la manera de conceptualizar e implementar estrategias vinculadas con la protección de la salud. Particularmente, con la reforma neoliberal se han puesto en marcha políticas y estructuras organizativas que han marcado un cambio en la forma de abordar la cuestión del acceso a los servicios públicos de salud. Este es el caso del Sistema de Protección Social en Salud que tiene como brazo operativo el Seguro Popular de Salud, estructura organizacional creada en el año 2004, periodo que corresponde a dicha reforma.

La reforma neoliberal en salud ha sido impulsada por actores estratégicos del ámbito nacional e internacional. En la tesis presente se parte del reconocimiento de que el Grupo del Banco Mundial (BM) ha tenido una importante injerencia en la redefinición de las políticas en salud en México y otros países de América Latina; organismo internacional que mediante un discurso en el que plantea equidad y fortalecimiento del sector salud, ha disfrazado estrategias con las que coadyuva a la mercantilización de la salud y a la paulatina privatización de algunas áreas estratégicas de los servicios de salud.

En el caso de México, el Grupo del Banco Mundial ha emitido lineamientos que tienen un impacto en el todo el sistema público de salud, incluyendo el sector de la seguridad social y de la asistencia social. Este trabajo centra la atención en el proceso de reforma que ha marcado un cambio en la asistencia social subsector que históricamente ha atendido a la denominada “población abierta”, que incluye a los grupos poblacionales sin seguridad social, principalmente a los autoempleados, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, así como sus familiares y dependientes económicos.

El objetivo general de la presente investigación es analizar componentes estratégicos del Seguro Popular implementados por el Estado Mexicano y su correspondencia con los lineamientos internacionales establecidos por el Grupo del Banco Mundial, así como discutir el impacto que esto puede tener en el acceso a los servicios públicos de salud de la población abierta.

En este trabajo se parte de la premisa de que el acceso es un concepto que se equipara con el análisis de determinantes y barreras que intervienen en el proceso de utilización de servicios de salud. El acceso a los servicios refleja los cambios en las preocupaciones, principios y objetivos de las políticas de salud, por lo que su definición y forma de evaluación se modifican a lo largo del tiempo. Desde esta perspectiva, el estudio del acceso debe, entre otros aspectos, caracterizar los objetivos y tendencias de las políticas y contrastarlos con las necesidades específicas de la población (Aday R., y Andersen L., 1974). La tesis presente propone analizar el proceso de reforma neoliberal en las políticas de salud, poniendo especial énfasis en componentes estratégicos del Seguro Popular de Salud (SPS), que se contrastan con los lineamientos que ha planteado el Grupo del Banco Mundial.

En este marco, esta investigación se articula en torno a las interrogantes siguientes: ¿Cómo está constituido el sistema de salud en México? ¿Cuáles son los aspectos más relevantes de las generaciones de reformas del sistema de salud en nuestro país? ¿Qué componentes estratégicos del Seguro Popular responden a los lineamientos internacionales establecidos por el Grupo del Banco Mundial? ¿Cómo las políticas neoliberales han redefinido las condiciones de acceso a los servicios de salud en la población sin seguridad social?

Para abordar estas interrogantes se recuperan los aportes de vertientes teórico-metodológicas que convergen en el campo de la Promoción de la Salud. Particularmente, se acude a la perspectiva socio-histórica que aporta elementos tanto para conceptualizar el campo de la promoción de la salud, como para analizar el proceso de constitución del sistema de salud; se recuperan aportes de la teoría general de sistemas que permite explorar aspectos relevantes de la estructura y funciones del sistema de salud en México; y se retoman propuestas de las teorías críticas latinoamericanas que han reflexionado en torno al impacto de la reforma neoliberal en salud.

Este conjunto de vertientes teórico-metodológicas han sustentado la generación de una amplia gama de estudios y publicaciones científicas que aportan información relevante en torno a los temas eje del presente estudio. Por ello, en esta investigación se presenta una metodología basada en una revisión documental, crítica y sistemática de documentos de política pública, marcos normativos, informes y notas técnicas, publicaciones y artículos

científicos y de opinión. De manera complementaria se revisan datos cuantitativos e indicadores que contribuyeron a caracterizar aspectos del sistema de salud y de la población usuaria.

La tesis presente se estructuró en cinco capítulos. En el primero se describe de manera concreta el objetivo general y los objetivos específicos, así como la metodología utilizada para identificar cómo el Seguro Popular en Salud responde a los Lineamientos de Grupo del Banco Mundial, de esta manera se precisa el tipo de investigación, las fuentes utilizadas, así como algunas estrategias para la selección de textos y concentración de la información. El segundo capítulo da un panorama general sobre la concepción del derecho a la salud en México, reconociendo que es un elemento muy complejo que incluye diversos componentes, uno de ellos el acceso oportuno a la protección de la salud, que a su vez ha sido un tema de análisis en las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud, formando parte de su campo de acción.

Una vez reconociendo que la protección de la salud forma parte importante de las estrategias de la Promoción de la Salud, en el tercer capítulo se habla sobre los antecedentes, la estructura y las transformaciones del sistema de salud en México, reafirmando que es un organismo conformado por instituciones encargadas del cuidado de la salud. Por ello, teóricamente deben responder a garantizar el cumplimiento del artículo 4º constitucional, considerado un derecho universal indispensable para todo ser humano, en el que se menciona que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, ya que de ello depende en gran medida el disfrute de las demás garantías individuales.

En este capítulo se caracterizan, desde una perspectiva socio-histórica, la primera y segunda generación de reformas del sistema de salud: el primer periodo que abarca de 1934-1970, cuando el sistema se conforma y consolida como un conjunto de instituciones a cargo del Estado, responsables del cuidado de la salud de la población; y el segundo entre los años 1970-1983 que corresponde al fortalecimiento de la atención primaria a la salud, la descentralización de los servicios y el preámbulo hacia las estrategias de corte neoliberal.

El segundo y tercer capítulo son muy importantes ya que una vez teniendo el sustento teórico que permite identificar la importancia del derecho a la protección de la salud y

cómo es que forma parte importante de la promoción de la salud, así como el Sistema de Salud como una de las una de las principales estrategias que el Estado ha puesto en marcha para su cumplimiento, en el cuarto capítulo se describen las políticas que el Grupo del Banco Mundial ha puesto en marcha en el ámbito de la salud, siendo un punto importante, ya que deja un panorama general sobre quién es este organismo, cuál es su funcionamiento, así como la relación que ha tenido con nuestro país, además de que busca plasmar una idea sobre el por qué ha planteado políticas en el ámbito social, en particular para México.

En este apartado también se describen las recomendaciones que propone este organismo para reformular las políticas en salud; y se realiza un análisis de los lineamientos que se emiten en documentos estratégicos para el caso de México, como el caso del informe “Health Sector Policy Paper” publicado en el año de 1975, “Health Sector Policy Paper” en 1980 y se pone especial énfasis en el “Informe Invertir en Salud” del año 1993. En el quinto capítulo, se retoma la tercera generación de reformas como parte importante de los cambios recientes en el sistema de salud mexicano, con los que se da origen al Seguro Popular de Salud. Para comprender este proceso de cambio y continuidad, se describen los orígenes del Seguro Popular de Salud, así como sus principales características en cuanto al financiamiento y prestación de sus servicios. Este apartado es relevante ya que da la pauta para realizar el análisis en el que se muestra cómo es que la implementación del Seguro Popular de Salud forma parte de las propuestas plasmadas en el informe “Invertir en Salud” por parte del Grupo del Banco Mundial.

La idea de estos apartados, es indagar a mayor profundidad sobre cuáles son los orígenes de las políticas en salud que se han implementado en nuestro país y de esta manera entender la situación actual en la que se encuentran los servicios de salud y al mismo tiempo generar una visión crítica sobre las consecuencias que esto puede traer en un futuro. Desde esta perspectiva se considera que como profesionales en Promoción de la Salud se lograría una mejor comprensión sobre los complejos procesos de cambio y continuidad por los que está transitando las políticas socio-sanitarias y el sistema de salud en nuestro país, y reconocer que es un ámbito en el que se podrían aportar ideas, estrategias y acciones, que permitan preservar el derecho a la salud en México.

CAPÍTULO I. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1.1. Objetivos de la investigación

La presente investigación plantea como **objetivo general** analizar componentes estratégicos del Seguro Popular implementados por el Estado Mexicano y su correspondencia con los lineamientos internacionales establecidos por el Grupo del Banco Mundial, así como discutir su impacto en el acceso a los servicios públicos de salud de la población abierta.

De esta manera, se plantearon tres objetivos específicos, siendo las principales líneas de investigación que se utilizan a lo largo del trabajo para analizar y comprender el origen y las consecuencias de las políticas en salud implementadas por el Estado mexicano:

- Caracterizar la tercera generación de reforma del sistema de salud en México, poniendo énfasis en las transformaciones y estrategias que se han implementado en el sector de la asistencia social.
- Describir los lineamientos en salud propuestos por el grupo del Banco Mundial, en su informe “Invertir en salud (1993)”, y analizar su correspondencia con los componentes operativos del Seguro Popular.
- Analizar los potenciales efectos o consecuencias que tiene este conjunto de transformaciones del sistema institucional en el acceso a los servicios de salud de la población abierta o sin seguridad social.

1.2. Metodología

El propósito de este apartado es describir la propuesta metodológica que se consideró más adecuada para estudiar componentes estratégicos del Seguro Popular y su correspondencia con los lineamientos internacionales establecidos por el Grupo del Banco Mundial, así como para explorar el impacto que estos cambios han tenido en el acceso a los servicios públicos de salud de la población abierta. La investigación prioriza una metodología basada en la revisión documental, crítica y sistemática de documentos de política pública, marcos normativos, informes y notas técnicas, publicaciones y artículos científicos y de opinión.

De manera complementaria se revisan datos cuantitativos e indicadores que contribuyen a caracterizar aspectos del sistema de salud y de la población usuaria.

1.3. Investigación documental

La investigación es un proceso sistemático que pretende generar nuevos conocimientos, y puede llevarse a cabo en diferentes ámbitos, representando siempre un proceso de indagación, recolección, organización, análisis e interpretación de datos, ideas, percepciones, opiniones, estudios con respecto a un determinado tema (Vargas, 2013).

Existen diferentes tipos de investigación el hecho de elegir una u otra, implica un método específico para desarrollarla, por lo que no se puede decir que alguno sea correcto o incorrecto, el diseño de cada una depende en gran medida del objeto y objetivos de estudio, ya que a partir de esto se define la forma de abordarlo, siempre y cuando se cumpla el objetivo planteado.

En esta ocasión se utilizó la investigación documental (cuadro 1) que consiste en la revisión y análisis cuidadoso de documentos que permiten identificar información estratégica, argumentos y justificaciones sobre un tema específico, por lo tanto, constituye una estrategia medular del proceso de construcción del conocimiento científico (Moreno G., 1997). La investigación documental es una herramienta que permite llevar a cabo un proceso de elección y selección de la información, de acuerdo a un determinado tema, en el que se pueden identificar diferentes opiniones, percepciones y definiciones, siendo datos de suma importancia necesarios para concluir el proceso.

De esta manera a lo largo de esta investigación, se presenta una selección de información sistemática que permite entender cómo se han implementado las políticas en salud en nuestro país, reflejándose con la creación e implementación del Seguro Popular, finalizando con una clara idea de los orígenes de las políticas en salud que se ponen en marcha en nuestro país.

Cuadro 1. Investigación documental

Investigación documental	
Definición	<p>Es un proceso científico, sistemático de indagación, recolección, organización, análisis e interpretación de información o datos en torno a un determinado tema.</p> <p>Es un proceso de construcción de conocimiento y explicación de una realidad que se desconocía</p>
Características	<ul style="list-style-type: none">• Utiliza documentos; recolecta, selecciona analiza y a partir de esto presenta los resultados.• Se realiza con la finalidad de llegar al cumplimiento de objetivos específicos planteados en durante la planeación de la investigación.• Trata de probar que algo es correcto o incorrecto, deseable o indeseable y que requiere una solución.• Discute consecuencias y propone alternativas.• Llega a una conclusión crítica después de evaluar los datos recabados.
Recolección de datos	<ul style="list-style-type: none">• Fuentes primarias; artículos de revista, monografías, libros, monografías, tesis, trabajos de grado.• Fuentes secundarias; manuales, diccionarios, enciclopedias, folletos, periódicos, revistas.• Fuentes terciarias; revistas de información bibliográfica, base de datos, internet.

Fuente: Vargas, M. (2013). *Metodología de la investigación documental*, de Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.

Para cumplir con los objetivos planteados en este trabajo se realizó una investigación documental de tipo cualitativa, caracterizada por ser un proceso sistemático, de indagación, recolección, organización, análisis e interpretación de datos obtenidos de fuentes primarias y secundarias. La búsqueda y revisión documental incluyó publicaciones científicas, tesis, informes técnicos, enciclopedias, publicaciones periódicas, sitios web y normas y documentos de política (tratados, conferencias, informes) pública disponibles en internet.

Para la organización de la información, una vez teniendo los datos deseados, se realizaron fichas de resúmenes, síntesis, con la finalidad de seleccionar la información más relevante siendo de gran apoyo para realizar el análisis. Las fichas se utilizaron como formatos de registro estandarizado en las que se compilaron los datos que se fueron recabando en las revisiones y que tuvieron relación con los temas eje de la investigación (Moreno, 1997).

Para analizar componentes estratégicos del Seguro Popular y su correspondencia con los lineamientos internacionales establecidos por el Grupo del Banco Mundial, se emplearon fuentes primarias, particularmente se revisaron documentos de política pública y los informes emitidos por el organismo internacional (ver cuadro 2).

También se incluyó la revisión de fuentes de segunda mano conformadas por literatura crítica, entendida como el conjunto de publicaciones que reproducen parte de las fuentes originales (Eco U., 2000). A partir de estas fuentes de segunda mano se analizaron ideas, percepciones y opiniones de diferentes autores que han escrito en torno al tema, con la que se obtuvo información de diferentes estudios críticos tales como: el “*Impacto del Seguro Popular en el sistema de Salud mexicano*” y “*Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina*”, realizados por Assa Cristina Laurell, investigadora médica con estudios enfocados a la corriente de la medicina social haciendo un interesante análisis sobre cómo se han implementado las políticas en salud en México, teniendo como principal estrategia el Seguro Popular.

Algunos otros como: *Mezcla público-privada en el sector salud; Reflexiones sobre la situación en México*, por Gustavo Nigenda (2003), *Desigualdad y reforma neoliberal en salud*, por Silvia Tamez (2005), *Evaluación de las reformas a la salud y a la seguridad social en América Latina y Rasgos y características del Seguro Popular de Salud como mecanismo de protección en salud y sus efectos en los Centros de Salud Comunitarios de la Secretaría de Salud del Estado de México*, por Carolina Tetelboin (2009), *Seis décadas de relaciones entre el Banco Mundial y México*, por Calos Urzúa (2007), utilizadas para generar un análisis crítico, que permitió llegar a conclusiones de acuerdo al tema de investigación y cumpliendo con los objetivos planteados. También es relevante mencionar que el internet ha sido una herramienta importante en el proceso de compilación de las fuentes de información. A través de este medio se consultaron las páginas electrónicas de organismos internacionales e instituciones de salud nacionales vinculadas con la temática.

Asimismo, se consultaron vía internet las publicaciones en Medline y la red pública utilizando las palabras clave: “reforma neoliberal en salud”, “Seguro Popular en Salud”, “Políticas en salud”, “Protección de la salud”, “Sistema de Salud”, “Banco Mundial”, “derecho a la salud”. Del total de trabajos identificados se realizó una primera evaluación

con el fin de seleccionar aquellos que por su contenido fueran productos de estudios o análisis específicos sobre los temas clave empleados como identificadores y que además estuvieran disponibles a texto completo.

Cuadro 2. Principales fuentes de consulta

Eje temático	Principales fuentes de consulta
<i>Políticas de salud del Grupo del Banco Mundial.</i>	<p>Informes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Privatizaciones, fusiones y adquisiciones: las grandes empresas en México, 2013. • <i>Invertir en salud, Indicadores del Desarrollo Mundial, 1993.</i> <p>Páginas web:</p> <ul style="list-style-type: none"> • http://www.bancomundial.org/ • http://www.gob.mx/salud • http://funsalud.org.mx/portal/ • http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/spss.html <p>Tratados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley General de Salud. • Tratados comerciales de México.
<i>Reformas del sistema de salud mexicano.</i>	<p>Páginas web</p> <ul style="list-style-type: none"> • http://funsalud.org.mx/portal/ • www.gob.mx/salud • www.imss.gob.mx • www.gob.mx/issste <p>Fuentes bibliográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urzúa, C. (2007). <i>Seis décadas de relaciones entre el Banco Mundial y México.</i> • Secretaría de Salud. (2004). <i>La reforma estructural del sistema de salud en México</i> • Soberón, G y Martínez, G. (1996). <i>La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta.</i> • Tamez, G.S, Arcos, R.I, (2005), <i>Desigualdad y reforma neoliberal en salud</i>, Revista Mexicana de Sociología • Tetelboin, C. (2009). <i>Evaluación de las reformas a la salud y a la seguridad social en América Latina.</i>
<i>El Seguro Popular de Salud.</i>	<p>Informes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular, CONEVAL, 2014. • Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano, 2013. • Programa Seguro Popular; Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2005. <p>Páginas web</p> <ul style="list-style-type: none"> • www.salud.gob.mx/unidades/dgpfs/faq.htm • http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/spss.html

Fuente: Elaboración propia, con base en las fuentes revisadas.

Con la selección de los diferentes textos, la exploración en páginas webs y la revisión de informes en torno a los ejes temáticos, se construyó una matriz (Capítulo 4, cuadro 4, página 98) en la que se sintetizan los lineamientos que establece el Grupo del Banco Mundial, así como las estrategias que se proponen para llevarlas a cabo. De esta manera se identifican puntos claves de análisis, con los que se facilita la interpretación de dichas políticas, que posteriormente en conjunto con la propuesta del Seguro Popular en Salud, nos darán la pauta para hacer un comparativo y determinar hasta qué punto corresponde a lo que se plantea este organismo internacional en su informe “Invertir en Salud”.

CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL

LA PROTECCIÓN DE LA SALUD COMO CAMPO DE ACCIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En este apartado se abordará el derecho a la protección de la salud y cómo éste forma parte de las estrategias de la promoción de la salud. Es importante conceptualizar la salud y la promoción de la salud para entender dicha relación.

2.1. El concepto de salud

La salud es un aspecto fundamental e indispensable para la población y sin duda se le ha conceptualizado de varias formas a lo largo del tiempo debido al desarrollo de nuevas tecnologías, conocimientos y avances científicos; a pesar de los cambios en su concepción, se considera que después de la vida lo más importante es tener una salud estable, ya que sin ella no se podría lograr el disfrute de los demás derechos existentes (Gutiérrez, 2008) así como de la posibilidad de obtener un equilibrio con todos los factores externos que interfieren en la salud de cada persona.

La salud es un elemento que ha sido fundamental desde la aparición del hombre en la tierra, se considera que desde hace aproximadamente 4 millones de años, durante la prehistoria, el ser humano se ha enfocado al desarrollo de diferentes estrategias para su sobrevivencia enfocadas principalmente a la obtención de alimento y la preservación la salud, de esta manera para alimentarse tenían como principales actividades la caza y la recolección de frutos, organizándose en pequeños grupos para llevar a cabo tareas específicas.

La salud se concebía como producto de una relación armónica entre el hombre, los dioses y la naturaleza. Los encargados del cuidado de la salud eran los brujos a los que se les designó esa tarea porque además de tener conocimientos sobre plantas, se consideran como personas cercanas a los dioses, para curar las enfermedades ellos “*extraían infusiones y bebedizos de las plantas que eran albergue de los espíritus de los Dioses, que debían ser invocados mediante ceremonias y rituales*” (Vergara, 2007, pág. 44).

En la actualidad existen otros conceptos de salud que nada tienen que ver con la relación del hombre con los Dioses y la Naturaleza, y que se han ido estableciendo a través del tiempo debido a los nuevos avances científicos y tecnológicos, que permitieron descubrir nuevas causantes de enfermedades. Otros aspectos que han influido en la concepción de la salud, son las diferentes costumbres, tradiciones e ideologías presentes en la sociedad que sin duda le han dado una orientación desde diferentes perspectivas, por lo que se dice que la salud es también una construcción sociocultural que tienen que ver con los factores de riesgo y modos de vida (Gutiérrez, 2008).

Cuando se habla de factores de riesgo, se hace referencia específicamente a cualquier situación que lleve al individuo a aumentar la posibilidad de sufrir alguna enfermedad o lesión, por ejemplo, las prácticas sexuales sin protección, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y la falta de higiene (OMS, 2015). Por su parte, los modos de vida se refieren a las condiciones económicas de un grupo de individuos o de una población, donde los miembros de ella desarrollan sus condiciones de vida, se enfoca a la organización de grandes grupos sociales, como los servicios de salud y las instituciones educacionales (Gutiérrez, 2008).

Si se conceptualiza la salud desde el aspecto estrictamente biomédico, se puede definir como el bienestar del cuerpo y el organismo físico (Kornblit, Méndez, 2000) es decir, la ausencia de enfermedad refiriéndose al estado físico y fisiológico del ser humano, en el que el hecho de no tener alguna enfermedad evidente era una forma de entender que la persona estaba gozando de una buena salud (Gutiérrez, 2008), en este concepto se responsabiliza al individuo de su estado de salud, que es quien tiene la capacidad para evitar cualquier enfermedad, evitando los factores de riesgo.

Uno de los conceptos que más se utiliza actualmente para referirse a la salud es el que definió la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, puntualizando que es *el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad (OMS, 1946)*. En este concepto se ve a la salud no sólo como una deficiencia física, sino también considera otros factores externos para llegar a un óptimo estado de salud responsabilizando de igual forma al individuo por sus comportamientos. En la actualidad la definición que da la OMS, suele ser la más aceptada integrando aspectos

externos que influyen en la vida del ser humano, pero existen otros conceptos en los que se toman en cuenta otros factores que tienen que ver con los modos de vida.

Desde el ámbito sociocultural, la salud es definida como un bien general que interesa a todos, que estando bajo responsabilidad jurídica de cada país, se convierte en un derecho exigible por los ciudadanos, siendo responsabilidad del Estado la integridad física de la población teniendo que asegurar el acceso a los servicios médicos garantizados como parte de su obligación (Kornblit, Méndes, 2000).

Otro concepto interesante por mencionar es el que aporta el doctor David Bersh, afirmando que *“la salud también puede entenderse como el proceso de variaciones ininterrumpidas, que acompañan la vida del hombre, las cuales son producidas o influidas por factores hereditarios, factores de comportamiento y ambientales, así como por factores o acciones provenientes de los servicios de salud. Los efectos que tales variaciones producen en el fenómeno vital, se reflejan en el grado de éxito que este fenómeno tiene en el cumplimiento de su fin, que es mantener la salud”* (Bersh, 1987, citado por Vergara, 2007).

Este concepto es muy amplio debido a que toma en cuenta otros factores externos como la herencia, el ambiente, el comportamiento y los servicios de salud, tiende a responsabilizar del proceso al individuo porque de alguna manera los comportamientos personales forman parte importante de la salud de cada uno y aunque habla de los servicios de salud, no menciona bajo responsabilidad de quien están.

En el año 2012, la OMS en conjunto con otras instituciones internacionales establecieron que la salud es un recurso valioso que le permite a las personas conducir sus vidas individual, social y económicamente productivas ofreciéndoles, libertad para trabajar, aprender y participar activamente en la vida familiar y comunitaria, tomando en cuenta que la condición de salud de una persona es influida por una amplia gama de factores personales, económicos, sociales y ambientales, estos factores son conocidos como determinantes de la salud (OMS, 2012).

La OMS, señala la importancia de la salud y de cómo con el goce de ésta, las personas podrían tener una mayor capacidad para tomar decisiones con respecto a su vida, pero al

igual que en el concepto anterior no se puntualiza quien debe garantizar la salud de la población, se deja ver que es más bien un factor que depende de los individuos y de algunos factores externos.

En general, de acuerdo con algunas de las concepciones anteriores, la salud está determinada por factores externos, y de acuerdo con el Informe Lalonde en 1974 se agruparon en cuatro campos, estos son: estilos de vida, medio ambiente, organización de la atención de la salud y biología humana, que son responsabilidad tanto del individuo como del Estado dando la garantía del acceso efectivo a los servicios socio- sanitarios. Es relevante mencionar que la salud además de ser un equilibrio entre el ser humano y su entorno, es un derecho fundamental de toda persona y es el Estado quien tiene la obligación de garantizarlo al igual que todos los derechos fundamentales. Corresponde al Estado asegurar la asistencia médica, una vez que la salud por la causa que sea haya sido afectada (Instituto de Investigaciones Jurídicas, 1857).

De acuerdo con las concepciones anteriores se puede decir que la salud tiene un componente individual y un componente colectivo y social. La salud es un bien individual debido a que cada persona tiene la capacidad y es responsable de preservarla, también es un bien colectivo y social porque no depende en su totalidad del individuo sino también de factores sociales y medioambientales, además de que debe ser garantizada por el Estado brindando un sistema sanitario capaz de ofrecer servicios integrales de atención médica, sin embargo, este es sólo un elemento que garantiza la salud de la población siendo uno de los más importantes, pero como se menciona también existen otros factores externos que intervienen en la salud de la población.

El concepto de salud incluye diversos aspectos, que tendrían que llevar al ser humano a gozar de una salud estable, y como vemos va mucho más allá de la ausencia de enfermedad y tiene que ver con factores externos que incluyen por un lado la responsabilidad individual, pero por otro también la responsabilidad del Estado, es así como la salud es un concepto amplio e integral que no se puede garantizar, si no hay una responsabilidad compartida entre estos dos actores.

2.2. El derecho a la protección de la salud y el derecho a la salud

En el apartado anterior, se definió el concepto de salud, que tiene que ver con un equilibrio entre factores propios del individuo y factores sociales, entre estos últimos se encuentran; la organización de los servicios de salud, que se garantiza a través del derecho a la protección de la salud.

La protección de la salud, se define como la garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo (OMS, OPS, 2013).

Por lo tanto, es importante hablar de la protección de la salud como un derecho del ser humano y como uno de los componentes que contribuye a alcanzar un buen estado de salud.

De acuerdo con Miguel Pérez López, profesor investigador de derecho constitucional, este concepto se refiere a que el Estado debe propiciar y garantizar las condiciones necesarias a efecto de que la salud de la población esté protegida en los mejores niveles de prevención, educación, detección, tratamiento y rehabilitación (Pérez, 2012). La protección de la salud es esencial para el desarrollo del ser humano debido a que a partir de éste no solamente se garantiza una población sana, sino que esta protección debe ser brindada por el Estado.

El derecho a la protección de la salud es un concepto muy específico que tiene que ver no sólo con que el Estado debe garantizar la salud para la población, sino también un acceso universal a las instituciones en las que se debe atender todo tipo de enfermedades, además de darle un espacio a la prevención de las enfermedades y a la promoción de la salud.

Hoy en día existe una gran controversia entre la definición del derecho a la protección de la salud y el derecho a la salud, debido a que ambos suelen utilizarse para referirse a lo mismo, pero hay una gran diferencia entre uno y otro. El derecho a la salud de acuerdo con la OMS significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible, esas condiciones incluyen las

disponibilidades garantizadas de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos, entre otros determinantes.

La salud, no debe verse únicamente como la ausencia de alguna enfermedad, ya que está influenciada por algunos otros factores externos como ya se mencionó en el apartado anterior, uno de estos factores tiene que ver con el acceso a los servicios de salud, es decir a la protección de la salud.

Retomando el concepto de protección de la salud que maneja Miguel Pérez López, consiste en señalar un conjunto de atribuciones al aparato estatal que le permitan proporcionar, propiciar y garantizar las condiciones necesarias a efecto de que la salud de la población esté protegida, en los mejores niveles de prevención, educación, detección, tratamiento y rehabilitación (Pérez, 2012).

Se puede observar que el concepto de derecho a la salud es mucho más amplio, porque incluye la garantía de algunos aspectos como las condiciones adecuadas de trabajo, vivienda, escuela, alimentación y el propio acceso a los servicios de salud, es decir, en sí mismo la salud incluye el derecho a la protección de salud, que se limita a brindar a la población el acceso a las instituciones y crear las condiciones óptimas para brindar servicios de prevención, cuidado y rehabilitación.

La idea de referirse al derecho a la salud y al derecho a la protección de la salud como lo mismo, es errónea, ya que el concepto de protección está incluido en el concepto de derecho a la salud. En la actualidad el Estado utiliza el derecho a la protección de la salud, para deslindarse de las responsabilidades que implica garantizar el derecho a la salud (Pérez, 2012). Esta diferenciación de conceptos, permitirá entender más adelante desde que visión el Estado está abordando la situación de la salud de la población.

2.3. El derecho a la protección de la salud en instrumentos nacionales

Una vez hablado del derecho a la protección de la salud, entendiendo que es sólo un mecanismo que el Estado ha utilizado para garantizar la salud de la población, a continuación, se puntualiza como este derecho ha sido incluido en instrumentos nacionales, que son un respaldo jurídico para su cumplimiento.

Desde una perspectiva histórica la inclusión del derecho a la protección de la salud en instrumentos nacionales, es un suceso reciente. En México, este hecho data del año de 1943 con lo creación de las primeras instituciones públicas de atención a la salud, como la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y más tarde el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). A partir de este momento es cuando se empiezan a perfilar los servicios de salud para garantizar el acceso a los servicios que con el paso del tiempo, las demandas de la población y las políticas puestas en marcha por el Estado, se han convertido en la principal herramienta para garantizar dicho derecho.

Sin bien es cierto, la protección de la salud, no estaba sustentada como un derecho en los instrumentos nacionales, fue hasta el año de 1917 cuando en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos menciona en el artículo 123° fracción XXIX “Del trabajo y la previsión Social”, las relaciones laborales entre el patrón y el trabajador, estableciendo que los empleadores tenían la obligación de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivado del cumplimiento de sus labores (Elizondo, 2007).

En 1917, formalmente es incluido el derecho a la protección de la salud en la Constitución. Dicho suceso tiene sustento en la Revolución Mexicana, lucha que buscaba principalmente la renuncia de Porfirio Díaz quien mantenía un régimen social basado en la división de clases; además de este interés, se buscaban mejores condiciones de laborales para la clase trabajadora, una educación laica y gratuita, así como el otorgamiento de las garantías individuales, focalizándose en el artículo 123° constitucional en el que se sientan las bases para la protección de la clase trabajadora, de ahí la iniciativa de mantener una población laboral sana, además de que se marcan los inicios de un sistema de salud fragmentado, dando prioridad a un sector de la población (Rodríguez, 1998).

Con la promulgación de la Constitución de 1917, se dio por entendido que el artículo 123°, daba seguridad social a la población, no obstante, era únicamente para los trabajadores y sus familias, además de que el Estado no se hacía responsable de garantizar dicho derecho, sino que estaba en manos de los empleadores. Durante este mismo año se establece la creación del Departamento de Salubridad Pública (antes Consejo), una institución creada para evitar y prevenir los padecimientos epidémicos, así como la propagación de enfermedades contagiosas, la preparación de vacunas, sueros, entre otras actividades enfocadas a la prevención de algunas enfermedades e infecciones procedentes del consumo de determinados alimentos esto como respuestas a las ideas de prevención que se tenían en ese momento (Rodríguez, 1998).

Hasta principios del XX, eran incipientes los avances en la construcción de un sistema público de prestación de servicios de salud, y aunque la asistencia social era una opción más para la población pobre, el gobierno se enfocaba en ejercer acciones que priorizaban la provisión de servicios no personales de salud, así como el control epidemiológico en puertos y fronteras (Rodríguez, 1998).

En 1934, entra en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, promoviendo convenios entre el Departamento de Salubridad y los Gobiernos de los Estados, buscando sentar las bases para la extensión de la red socio-sanitaria que ubica a la población abierta o no derechohabiente como blanco de sus intervenciones. En 1937, se crea la Secretaría de Asistencia, que para 1943 se fusiona con el Departamento de Salubridad, para constituir la SSA con facultades para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud, es decir, para asumir la rectoría del sistema (López, 2005).

La construcción del sistema institucional en salud se sustentó en el derecho al trabajo a pesar de ello, dicha organización siempre consideró un subsector focalizado en la población “abierta” o no derechohabiente. Lo anterior ha sido relevante, particularmente en un país en donde un sector amplio de los trabajadores se desempeña en el sector informal de la economía que no cuenta con mecanismo de protección social en salud.

Fue hasta el año de 1983, con el inicio el gobierno de Miguel de la Madrid Hurtado, cuando se presenta una iniciativa de adición de un tercer párrafo del artículo 4º Constitucional en el que se establece que *“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 73º de esta Constitución.”* Con esta adición al artículo 4º, el derecho a la protección de la salud, se considera universal y debía ser extendido a todos los individuos de la sociedad sin tomar en cuenta, su posición socioeconómica, cultural y política (Elizondo, 2006).

Hasta ese momento el derecho a la protección de la salud fue reafirmado por los gobiernos, comprometiéndose a buscar el más alto nivel de bienestar físico y mental del individuo, por lo que el Estado tendrá que garantizar el acceso real a los servicios de salud, además de su calidad y eficiencia, las formas de subsidio y cobro. A pesar de que este derecho se adiciona a la Constitución y además se establece que será para toda persona, no se especifica el grado de obligatoriedad por parte del Estado para cumplirlo, como el derecho a la educación.

Algo que refuerza el cumplimiento del derecho a la protección de la salud, fue la publicación de la Ley General de Salud en 1984, en la que se reforzaron las condiciones de la atención médica, salud pública y la asistencia social que, desde la creación de las primeras instituciones de atención a la salud, ya se habían predefinido y que con el paso del tiempo se han ajustado a las nuevas necesidades de la población y del propio Estado (Secretaría de Salud, 2006). En su artículo 2º esta ley establece entre otras cosas que debe haber un disfrute de servicios y asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, además de que haya un desarrollo en la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud (Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2013).

Algunos autores como Carlos Elizondo, mencionan que es hasta el año 2003, cuando se especifica como proveer la protección de la salud con el Seguro Popular de Salud, con el que se pretendía dar a todos los mexicanos la garantía de recibir atención médica acorde a sus necesidades, siendo el Estado quien asignaría los recursos materiales y humanos para

hacer efectivo este derecho (Elizondo, 2006). Esta es una iniciativa que originalmente ofrece múltiples beneficios, para la población, no obstante, en este trabajo se analizará si el Seguro Popular constituye una estrategia más del gobierno mexicano que puede contribuir a la mercantilización de la salud.

Aunque el derecho a la protección de la salud, ha sido reconocido desde mucho tiempo atrás en instrumentos nacionales, no se ha logrado establecer una protección garantizada a la salud para la totalidad de la población, debido a que en la actualidad la idea de brindar una seguridad social a los trabajadores formales sigue estando presente siendo un derecho fundamental, empero, una gran parte de la población se encuentra fuera de este rubro, y aunque en la actualidad, existe la atención a la protección de la salud a través de los servicios que brinda el Seguro Popular de Salud, se tendría que reflexionar bajo qué condiciones lo hace y si realmente cubre con la totalidad de la población.

2.4. El concepto de promoción de la salud

La salud, siempre ha sido motivo de preocupación para la población, por lo que desde siglos atrás se le ha dado una gran importancia, es así como en determinado tiempo y en las diferentes culturas se ha buscado la forma de conservarla, poniendo en práctica acciones que van desde lo preventivo hasta lo curativo. Se han desarrollado estrategias como la prevención, la educación para la salud y la promoción de la salud, que en actualidad tienen una gran relevancia, ya que contribuyen al mejoramiento de la salud de la población en general.

La promoción de la salud, es un concepto considerablemente nuevo ya que fue utilizado por primera vez el siglo pasado por el historiador y salubrista alemán Henry Sigerist, en 1946, quien como parte de sus investigaciones en salud definió cuatro funciones de la medicina: la prevención de la enfermedad, la restauración del enfermo, la rehabilitación y la promoción de la salud. A partir de ello, se establecía que la promoción de la salud es un conjunto de acciones que tienen como fin, proporcionar un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación (Garate, 2014).

Sigerist, sugiere que la promoción de la salud tiene que ver con dos aspectos importantes, por un lado, las acciones sanitarias y por el otro, las obligaciones del Estado para mejorar las condiciones de vida de la población. De esta manera, propuso un programa de salud que incluía diferentes aspectos que no solamente tienen que ver con la promoción de la salud, sino con otras áreas para el mejoramiento de la salud, dicho programa consiste en trabajar en torno a cinco aspectos esenciales, estos son: la educación libre para toda la población, incluyendo educación en salud, las mejores condiciones posibles de trabajo y de vida para la gente, los mejores medios de recreación y descanso, un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible para todo el mundo, responsable por la salud de la población, listo y capaz de aconsejar y ayudar a mantener la salud y a su restauración, cuando la prevención ha fallado, así como desarrollar centros médicos de investigación y capacitación (Restrepo, 2001).

Es muy interesante la propuesta de Sigerist, ya que aporta una definición muy acertada de la promoción de la salud, que se diferencia totalmente de la prevención de la enfermedad un concepto que usualmente se utiliza para referirse a lo mismo. Entendiendo que la prevención es una estrategia de atención primaria destinada a disminuir el riesgo de aparición de la enfermedad, buscando detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida, (OMS, 1998, citado por Arredondo, 2004) a diferencia de la promoción de la salud, que se refiere a mantener a la población con un nivel de vida estable, sin que se llegue a un estado de enfermedad, así como mantener un ambiente propicio en el que se desarrollan las personas. En general la prevención se enfoca a la población expuesta a factores de riesgo, mientras que la promoción da a la población los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud.

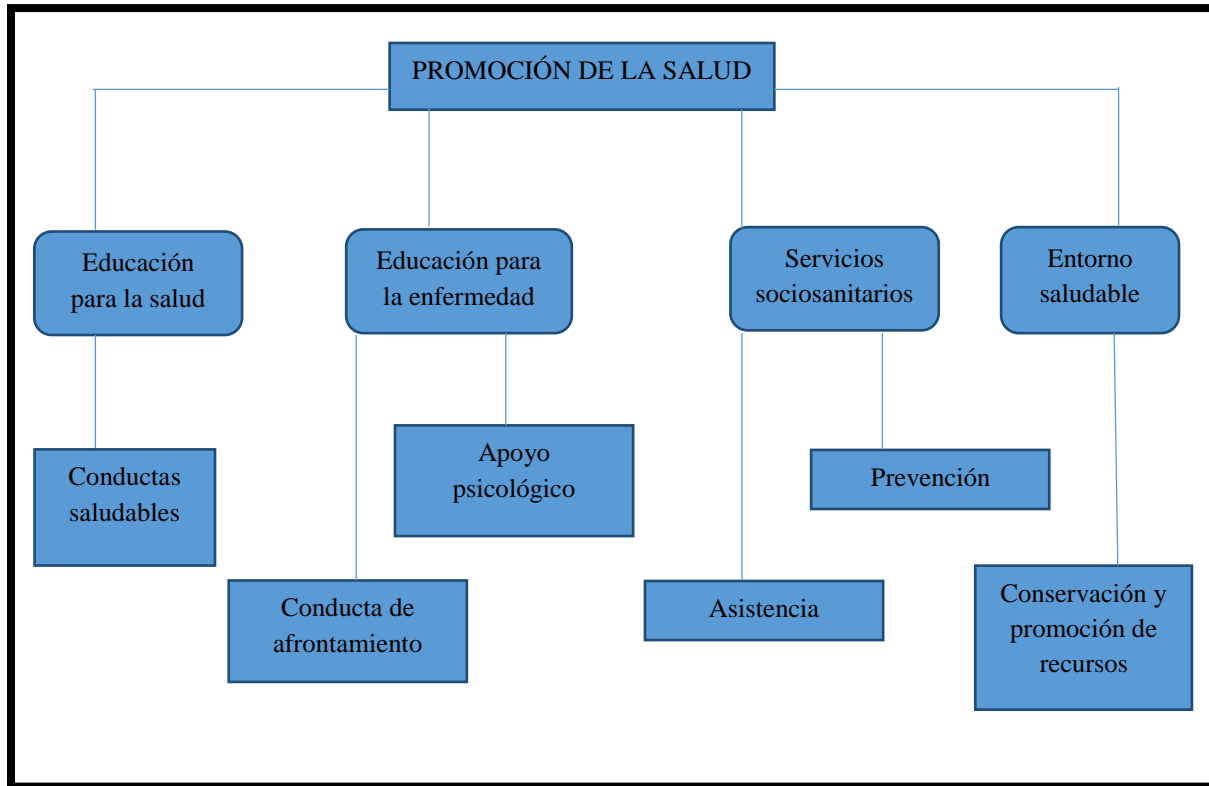
El programa que plantea este autor, abarca los aspectos esenciales de la vida del ser humano y sin duda si se les diera un manejo correcto, se podría lograr un buen estado de salud, de igual forma, es interesante el concepto de promoción de la salud que plantea el doctor Mariano García Viveros, mencionando que esta disciplina constituye una respuesta social organizada, multisectorial y multidisciplinaria. La respuesta multisectorial se refiere a la participación de diversos sectores tanto públicos como privados, con la finalidad de formular y conducir a políticas públicas saludables en beneficio de la salud y la

multidisciplinaria a la participación de varias disciplinas, que llevarán a estrategias completas que involucren a todos los campos de conocimiento, todo esto para mejorar la salud y el bienestar de la sociedad, concibiendo a la promoción de la salud como el proceso a través del cual se proporciona a la gente los medios para mejorar su salud e incrementar el control sobre ella (García, 2012).

Otra característica de este concepto es que se considera que la promoción de la salud es para todos los grupos de personas sin importar sus condiciones de salud, el grupo o la comunidad al que pertenezcan ni mucho menos, el sexo o la religión, no es una estrategia que se solamente se enfoca a grupos de personas sanas, sino también a personas con algún padecimiento, teniendo mayor prioridad por los grupos vulnerables como discapacitados y adultos mayores, entre otros.

Otro aspecto que es relevante para la promoción de la salud, son los servicios sanitarios como un componente esencial para su desarrollo, tal como lo plantea en su concepto el médico y especialista en nutrición Manuel Gallar, en el que la define como un conjunto de medios y estrategias encaminados a preservar la salud de la población a partir de cuatro áreas estratégicas e instrumentos que se describen en la Figura 1 (Gallar, 2006).

Figura 1. Áreas e instrumentos de la promoción de la salud



Fuente: Gallar, P, Manuel. (2006). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid, España: S.A. Ediciones Paraninfo.

Como se observa en la figura, la promoción de la salud es un concepto integral que depende de varios factores externos uno de ellos es la educación para la salud forma que parte importante de la promoción de la salud y tiene que ver con un proceso de enseñanza – aprendizaje, en el que la población adquiera fácilmente los conocimientos sobre acciones saludables disminuyendo las prácticas de riesgo con el manejo de conductas saludables, además del control de las condiciones de vida de la población.

Otro punto que se toma en cuenta en este concepto es la educación para la enfermedad, aunque parezca un poco extraño es un componente importante, debido a que a partir de éste, se pretende que la población enfrente la enfermedad de la mejor manera, aprendiendo a vivir con determinado con ella como parte de su vida diaria, apoyada por un apoyo psicológico como un elemento complementario, además de trabajar el manejo de la conducta de afrontamiento.

En este mismo sentido se hace referencia que los servicios socio-sanitarios son parte de la protección de la salud, conformados por acciones de asistencia médica y prevención de enfermedades que contribuyen a mejorar la salud de la población y que sin duda también forman parte importante de las acciones de promoción de la salud, que deben ser garantizadas por el Estado, un último aspecto que se puede observar en el cuadro 1 es el entorno saludable como un componente que tiene que ver con la creación de ambientes de apoyo que engloben las dimensiones, físicas, sociales, económicas y políticas, para mejorar las condiciones de vida de la población.

Como se puede percibir, las áreas de la promoción están perfectamente definidas, lo que este autor propone, es una acción en conjunto en la que se trabaje con la población, por un lado brindarles las herramientas necesarias para el cuidado de su propia salud y por otro lado el apoyo por parte de instituciones de salud, que tendría que ser garantizado por el Estado, ya que de alguna forma se tiene que dar el cumplimiento a este aspecto que forma parte de los derechos humanos, garantizando mejores condiciones de vida de la población.

Hasta este momento tenemos tres perspectivas de promoción de la salud, la primera que nos menciona Sigerist, en la que da un panorama de lo que debería ser la promoción de la salud, y que tiene que ver no sólo con acciones del propio individuo si no con una responsabilidad por parte del Estado para asegurar la salud de la población, garantizando el acceso digno a la protección de la salud. Manuel García Viveros, menciona que esta disciplina se enfoca a mejorar la salud de los individuos brindándoles los medios para lograrlo. En la tercera concepción que plantea Manuel Gallar menciona las áreas estratégicas de la promoción de la salud, definiéndola precisamente como un conjunto de medios para el logro de la salud de la población, a partir del manejo adecuado de éstas.

Es importante mencionar un concepto más de promoción de la salud, que incluye los servicios sanitarios como parte importante de las estrategias para contribuir a preservar la salud, definido en la carta de Ottawa como resultado de la primer Conferencia Internacional de Promoción de la Salud que se llevó a cabo en 1986, de la que se hablará más adelante, donde se definió este concepto como la capacitación de las personas para aumentar el control sobre su salud y sobre los factores que la afectan, reduciendo los factores que pueden resultar riesgosos y promoviendo los que resultan favorables.

Asimismo, señala cinco campos para actuar sobre los factores que determinan el nivel de salud de una comunidad, estos son:

- **Desarrollar políticas que apoyen a la salud:** se considera que la salud debe formar parte de la elaboración de programas de los gobiernos, en todos los niveles y sectores ya sean públicos o privados
- **Crear entornos favorecedores de la salud:** la relación que hay entre el ambiente y el ser humano, forman parte importante de la salud, por lo que es necesario que haya un cuidado mutuo entre la población y el medio natural, para esto se pretenden generar condiciones de trabajo, de higiene seguras que permitan que la protección y la conservación del medio sea una prioridad para todos.
- **Desarrollar las aptitudes y los recursos individuales:** este campo se refiere a brindar a las personas las herramientas necesarias para mejorar parte de sus conocimientos y habilidades, que les permitirán ejercer un mejor control sobre su salud, el medio ambiente, además de que estos conocimientos les dará la pauta para mejorar el uso de los servicios de salud.
- **Reforzar la acción comunitaria:** lo que se pretende es buscar que la población se organice y sea capaz de asumir una responsabilidad propia, y en conjunto con las instituciones de salud, participen en acciones que tengan que ver con el desarrollo en pro de la salud, que le permita mejorar su nivel de salud.
- **Reorientar los servicios de salud:** lo que se pretende con la promoción de la salud, es reorientar los servicios de salud de manera que además de la atención médica, se brinden servicios de promoción y prevención, buscando que dichos servicios sean acordes a las necesidades culturales de la población, de igual forma se busca lograr que la promoción de la salud sea una responsabilidad compartida entre los individuos y los servicios de salud.

Este último concepto de promoción de la salud, inicialmente plantea que la salud tiene que ver con capacitar a las personas para tener un control sobre su propio estado de salud, pero para llevar a cabo esto son necesarias realizar acciones en conjunto con instituciones de salud, así como buscar la reorientación de los servicios de salud, que además de brindar una atención médica accesible y acorde a la cultura de la población, se incluya la promoción y

la prevención para el logro de una estado de salud estable, así como la creación de entornos saludable para favorecer a la población.

Para finalizar este apartado, es importante rescatar dos aspectos relevantes. En primer lugar, que el concepto de promoción de la salud es relativamente nuevo, pero sin duda contribuye como una buena estrategia alterna a otras que se han utilizado a lo largo de la historia, y que si se le da el uso y la importancia necesaria, a partir de ella se podría lograr que la población mejore su calidad de vida sin tener que llegar a la enfermedad.

El otro aspecto que es importante mencionar, es cómo la protección de la salud está relacionada con el campo de la promoción de la salud, rescatando el concepto de Sigerist, en el que menciona que el Estado es quien tiene la responsabilidad de mejorar las condiciones de vida de la población y garantizar el acceso a la protección de la salud, como una estrategia complementaria que contribuyen de manera directa a mejorar la salud de la población, y que los autores antes mencionados toman como un componente para hacer una buena promoción de la salud.

De esta manera con el hecho de conocer un poco sobre el concepto de promoción de la salud, se reafirma la importancia que tiene la protección de la salud en esta disciplina.

2.5. La protección de la salud en las Conferencias Internacionales de promoción de la salud

Una vez teniendo presente el concepto de promoción de la salud e identificando que es una estrategia integral para que la población mejore su calidad de vida, en este apartado se pretende identificar cómo en las conferencias internacionales de promoción de la salud, se toma la accesibilidad a los servicios de atención médica como parte de una de las líneas de acción de ésta.

La promoción de la salud ha ido formando parte de las políticas en salud de los gobiernos de los países, buscando la manera de preservar la salud de la población a partir de diferentes acciones. Se han llevado a cabo Conferencias Internacionales que tienen como resultados informes en los que se plantean diversas estrategias para contribuir al mejoramiento de la salud, éstas son:

- Informe Lalonde de Promoción de la Salud.
- Declaración de Alma - Ata.
- Primera Conferencia Internacional: Carta de Ottawa.
- Segunda Conferencia Internacional: Políticas públicas para la salud, recomendaciones de Adelaide.
- Tercera Conferencia Internacional: Sundsvall.
- Cuarta Conferencia Internacional: Yakarta.
- Quinta Conferencia Internacional: México.
- Sexta Conferencia Internacional: La promoción de la salud en un mundo globalizado, Bangkok.
- Séptima Conferencia Internacional: Nairobi.
- Octava Conferencia Internacional: La salud en todas las políticas Helsinki.

A continuación, se muestra un recuento de las diferentes conferencias e Informes de Promoción de la Salud, que han buscado diferentes estrategias para mejorar la calidad de vida de la población, aunque, en esta ocasión sólo se mencionarán las conferencias que hacen referencia a la protección de la salud y a identificar cómo es que está presente en éstas como un elemento esencial para la promoción de la salud.

2.5.1. Informe Lalonde de Promoción de la salud

Lalonde, es un informe elaborado en Canadá, en 1974, por Marc Lalonde quien era ministro de salud, denominado “Una nueva perspectiva sobre salud de los canadienses”, este documento es considerado como el punto de partida del desarrollo de la promoción de la salud, debido a que fue el primer instrumento oficial por parte del gobierno en donde se establece su campo de acción.

En el análisis de este informe, se menciona que las intervenciones biomédicas, es decir los servicios médicos, hospitalarios y farmacéuticos, no eran determinantes para mejorar el nivel de vida de la población, a pesar de esto, las estrategias en salud se habían estado enfocando a la atención médica y a la prestación de los servicios de salud, por lo que se propone una estrategia de información (García, 2004), agrupando los determinantes de la salud, éstos son: el medio ambiente, estilo de vida biología humana y sistemas de asistencia

sanitaria, estas cuatro áreas fueron propuestas como prioritarias para lograr un óptimo estado de salud en la población.

El informe Lalonde, es muy específico al mencionar que los servicios sanitarios a pesar de destinarles una gran cantidad de recursos, no estaban logrando resolver los problemas de salud de la población, pero los sigue incluyendo como un determinante de la salud que contribuye a la calidad de vida de la población.

A partir de este informe lo que se pretendía era ir más allá de las acciones médicas, no obstante, siguen siendo parte importante de sus análisis y consideradas como determinantes de salud dándoles en esta ocasión un mayor espacio.

2.5.2. Declaración de Alma - Ata.

La declaración de Alma - Ata, sobre la Atención Primaria de Salud, se llevó a cabo en año de 1978, en la ciudad de Alma Ata, esta reunión se realizó con la presencia de los representantes de países de todo el mundo. Se analizó la situación con respecto a la salud, llegando a la conclusión de que había una necesidad de una acción urgente por parte de los Estados, del personal de salud y de la comunidad, para proteger y promover la salud.

A partir de esta reunión la OMS se plantea un compromiso en conjunto con los representantes de los países, con el objetivo de establecer la salud, teniendo como meta la salud para todos en el 2000, y como principal estrategia la atención primaria de salud, es decir, ofrecer servicios de acuerdo a las necesidades de cada población de una forma accesible.

En Alma Ata se describe que existe una gran desigualdad en los niveles de salud entre los países en vías de desarrollo y los desarrollados, lo que es motivo de una preocupación en común para todos los países. También se establece la modificación de las condiciones sociales, ambientales y económicas de la población, así como ofrecer un sistema de salud enfocado a la atención primaria, para contrarrestar los principales problemas de salud, prestando servicios de promoción, tratamiento y rehabilitación, necesarios para contribuir a su mejoramiento.

La idea central en Alma Ata, era mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz mundial, tendiendo como aspectos indispensables la promoción y la protección de la salud, por lo que la asistencia sanitaria con énfasis a la atención primaria se consideró una estrategia primordial en esta reunión.

De igual forma se hace mención que la salud es un derecho fundamental, dejando claro que los gobiernos tienen la obligación de cuidarla, proponiendo la atención primaria de salud como clave para alcanzar en el año 2000 un nivel de salud que permita a la población tener una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud se refiere a la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías, científicamente fundados y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias, además de que ésta forma parte del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Por último, se reitera la responsabilidad de todos los países en apoyo a la atención primaria de salud, con la creación de políticas y estrategias de acción nacionales que contribuyan a mantenerla como parte de un sistema de salud completo y en coordinación con otros sectores. Con la propuesta que se hace en dicha declaración, es importante destacar que la protección de la salud está presente, en primer lugar, porque la atención primaria de salud en sí forma parte del Sistema Nacional de Salud, enfocándose a las enfermedades existentes y proporcionando servicios de promoción, tratamiento y rehabilitación, además de que se menciona que el hecho de proporcionar estos servicios es responsabilidad de lo Estado.

2.5.3. Primera Conferencia Internacional: Carta de Ottawa

Después del informe Lalonde y la conferencia de Alma – Ata, donde se menciona la gran preocupación por mejorar las condiciones de vida de la población a partir de los determinantes sociales de salud y la atención primaria de salud, se lleva a cabo la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en 1986, celebrada en Ottawa, Canadá.

Esta conferencia es importante puesto que afirma que la promoción de la salud, consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (García, 2007), además de que se menciona que el sector sanitario, no puede por sí solo asegurar las condiciones de salud de la población, sino que tiene que

ser una acción compartida entre los gobiernos, los sectores sanitarios, así como otros sectores económicos y grupos de profesionales médicos.

Se afirma que las estrategias y programas de salud deben ser planteadas de acuerdo a las necesidades de la población y a las condiciones sociales, económicas y culturales de cada país. Se proponen cinco estrategias para lograr un buen estado de salud en población.

- 1°. La elaboración de una política pública sana;** se enfoca a la importancia que tiene la salud, no sólo el cuidado sino que debe ser tomada en cuenta por los responsables de la elaboración de los programas políticos en todos los sectores, de esta manera se plantea una acción coordinada que de cómo resultado la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, al igual que un medio ambiente grato y limpio, como resultado de las políticas públicas.
- 2°. La creación de ambientes saludables;** es un principio que busca el cuidado recíproco, incluyendo al medio ambiente, tomando en cuenta que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es responsabilidad de todos, además de mejorar las formas de vida, de trabajo y ocio de la población, utilizándolas como una fuente de salud para la creación de una sociedad saludable.
- 3°. El reforzamiento de la acción comunitaria;** se refiere a la participación efectiva de la comunidad, a partir de la utilización de sus propios medios humanos y materiales y de esta manera alcanzar un mejor nivel de vida, creando nuevas y mejores estrategias a partir de las necesidades reales de cada comunidad.
- 4°. El desarrollo de las aptitudes personales;** se establece que la promoción de la salud favorece al desarrollo personal, siempre y cuando se brinde la información, la educación sanitaria y se dé un perfeccionamiento de las aptitudes indispensables de la vida. De este modo se incrementan las posibilidades de que la población pueda ejercer un mayor control sobre su propia salud.
- 5°. Reorientación de los servicios sanitarios;** los servicios sanitarios deben ser parte importante de las estrategias de la promoción de la salud, proporcionando servicios clínicos y médicos acordes a las necesidades de la población, orientados de tal manera que se esperten las necesidades culturales, sociales y económicas de cada

lugar. De igual forma se busca un cambio en la educación y formación profesional del personal de salud que respondan a los requerimientos de las comunidades.

Al igual que en Alma – Ata, en esta ocasión se hace referencia a la protección de la salud, a través de la reorientación de los servicios sanitarios en los que se incluyan aspectos acordes con las necesidades de la población y con pleno respeto a sus derechos, por lo que debe ser parte esencial de las estrategias de promoción de la salud para mejorar la calidad de vida de la población.

2.5.4. Segunda Conferencia Internacional: Políticas públicas para la salud, recomendaciones de Adelaide, Australia

La segunda conferencia se lleva a cabo, en Adelaide, Australia en 1988, teniendo como objetivo buscar la participación activa de la población, además de la cooperación de distintos sectores de la sociedad para encaminar las políticas de salud, hacia una promoción de la salud, teniendo como principal estrategia la atención primaria, establecida en la carta de Ottawa.

Al igual que en la Carta de Ottawa, en estas recomendaciones se le da importancia a la protección de la salud, a través de la reorientación de los servicios sanitarios, que pretendían dar a la población servicios de atención, prevención y rehabilitación, de esta manera las cinco áreas de acción para la promoción de la salud definidas anteriormente fueron parte de las conclusiones de esta reunión.

- Formular políticas públicas para la salud
- Crear entornos propicios para la salud
- Desarrollar aptitudes personales
- Fortalecer la acción comunitaria
- Reorientación de los servicios de salud

Las recomendaciones de Adelaide, tomaron el mismo rumbo que la declaración de Alma – Ata y la Carta de Ottawa, enfocadas a mejorar la salud de la población, a partir de la promoción de salud y tomando en cuenta estas acciones, y en cuestión de protección de la

salud, se sigue haciendo referencia a la protección de la salud con recomendaciones para reorientar los servicios sanitarios.

Las recomendaciones de esta conferencia, giran en torno a mejorar la salud de la población identificando ámbitos de acción específicos, como la atención a las mujeres ya que son las principales promotoras del cuidado de la salud en el mundo, además de que se busca combatir problemas de salud pública como el tabaquismo y el alcoholismo considerados como los principales riesgos para la salud. En esta conferencia se marca la importancia que tiene otros factores sociales, económicos y culturales para mejorar la salud de la población, además de la reorientación de los servicios de salud, enfocado a la atención primaria.

2.5.5. Sexta Conferencia Internacional: La promoción de la salud en un mundo globalizado, Bangkok, Tailandia

La sexta conferencia se llevó a cabo Bangkok, Tailandia en el año 2005, en la que fue elaborada la carta de Bangkok para la promoción de la salud; “en un mundo globalizado”, denominada de esta manera, debido a que se consideraba que la globalización brinda nuevas oportunidades de colaboración para mejorar la salud y disminuir algunos riesgos para ésta, a partir de la utilización de las tecnologías de la información y las comunicaciones.

Debido a los grandes cambios sociales en los países, en esta ocasión, se plantearon dos estrategias de promoción de la salud en un mundo globalizado, en primer lugar hacer intervenciones que permitan la participación de la población y actividades de promoción de la salud, para lo que se requiere abogar por la salud como un derecho primordial e invertir en políticas y estrategias para abordar los determinantes de la salud, de igual forma se pretende establecer normas y leyes que aseguren y garanticen la protección de la salud.

En esta conferencia, se sigue haciendo referencia a la importancia que tiene la protección de la salud, y se compromete aún más al Estado a garantizar el acceso a los servicios de salud de una forma accesible, con servicios eficientes y de calidad.

2.5.6. Séptima Conferencia Internacional: Nairobi

La séptima conferencia de promoción de la salud, llevada a cabo en Nairobi, Kenya en el año 2009, propuso establecer una infraestructura sustentable del sistema de salud y desarrollar las capacidades en todos los sectores de la población y las instituciones para la promoción de la salud, a partir de un financiamiento adecuado.

Otro de sus principales objetivos fue la asociación con otras entidades, como el sector privado y otros que acepten responsabilidades para promover la salud con sus usuarios y con la comunidad en general. Para lograrlos objetivos plateados, propone el fortalecimiento del sistema de salud, a través de la implementación de nuevas políticas en las que se incluya la promoción de la salud como herramienta principal en la atención a la salud y otros servicios sociales, así también brindando un aseguramiento universal, dando una información clara, precisa y apropiada acorde a las condiciones culturales de la población, sobre los servicios utilizados, de esta manera establece cinco estrategias;

- Fortalecer el liderazgo en las instituciones de salud.
- Lograr un financiamiento adecuado.
- Aumentar una base de habilidades para promotores de la salud, profesionales y técnicos.
- Mejorar el desempeño de la gestión.
- Realzar, mejorar y ampliar los abordajes a través de todo el sistema.

Nairobi, reitera lo que en conferencias anteriores ya se había planteado, la idea de involucrar otros sectores para mejorar la calidad de vida de la población, proponiendo a la promoción de la salud como una herramienta principal integrada al sistema de salud, así como la importancia de fortalecer dicho sistema, brindando un aseguramiento universal.

2.5.7. Octava Conferencia Internacional: La salud en todas las políticas, Helsinki Finlandia

La última conferencia de promoción de la salud, se llevó a cabo en el año 2013 en Helsinki, Finlandia, reafirmando que la salud es una responsabilidad de los gobiernos, además de que

es un componente esencial para el desarrollo sustentable, tomando en cuenta que la salud es un derecho universal, sin distinción de raza, religión o sexo.

Los principales compromisos a desarrollar se enfocan a dar prioridad a la salud y la equidad como una responsabilidad de los gobiernos para las comunidades, debido a que este objetivo requiere una cooperación mutua y estrategias contundentes, por lo que se pide a los gobiernos cumplir sus obligaciones a partir de un compromiso con la infraestructuras, procesos y recursos que aseguren la equidad en salud, así mismo dar prioridad a las acciones en pro de los determinantes sociales.

Un punto importante es incluir a las comunidades, implementando un control sobre las actividades y estrategias seguidas, por lo que se hace un llamado a la OMS para apoyar a los estados participantes de esta conferencia, usando la salud como un componente importante de sus políticas y de esta manera brinda servicios den unidades con infraestructura sólida que garanticen la salud de la población.

Las conferencias internacionales de promoción de la salud, son un paso importante para lograr una estabilidad en salud, sobretodo porque se reconoce a ésta como un derecho universal y que la protección de la salud es un elemento para lograrla. Cada una de las conferencias va dando paso al reconocimiento de la promoción de la salud y nuevas estrategias que pretenden coadyuvar al mejoramiento de la salud, a partir de los determinantes de salud, el apoyo de los gobiernos, pero sobretodo con la reorientación de los servicios sanitarios de salud, tomando en cuenta las necesidades y la situación de la población. A partir de la revisión de estas conferencias, podemos darnos cuenta que la protección de la salud forma parte importante de las estrategias de promoción de la salud y sin duda de su campo de acción.

Con base a esto es importante mencionar, que se requiere un sistema de salud integral en el que se incluya la promoción de la salud como una de las principales herramientas para contribuir al mejoramiento de la salud, por lo que es importante indagar cómo el sistema de salud mexicano está llevando a cabo las acciones propuestas en dichas conferencias, dando un lugar a la promoción de la salud en la infraestructura sanitaria y que garantice el derecho a la protección de la salud.

CAPÍTULO III. ANTECEDENTES, ESTRUCTURA Y TRANSFORMACIONES DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

Una vez teniendo un panorama general sobre el derecho a la protección de la salud y reconociendo que forma parte importante del campo de acción de la promoción de la salud, a continuación, se hablará del sistema de salud mexicano como un instrumento que se ha utilizado para dar cumplimiento a dicho derecho, ya que a través de éste, el Estado debe garantizar el acceso a los servicios de salud, por lo que es de suma importancia conocer desde su estructura hasta su funcionamiento. De esta manera, se inicia con un recorrido histórico sobre la respuesta social en salud en México, reconociendo su papel a lo largo del tiempo, así también es importante reconocer los componentes de un sistema de salud que en conjunto definen el funcionamiento de dicho sistema.

Posteriormente se abordará la estructura del sistema de salud en México, así como las generaciones de reformas que ha tenido desde el momento de su creación, constituyendo el marco de referencia que permite plantear los objetivos e interrogantes que guían la presente investigación.

3.1. Recorrido histórico de la respuesta social en salud en México

En México, la atención a la salud siempre ha sido un aspecto esencial para la sociedad, es por eso que desde tiempo atrás se han buscado diferentes formas de curación y cuidado de la salud. Así desde la época prehispánica de acuerdo con narraciones aztecas, interpretadas y echas por españoles; la vida y la explicación de las enfermedades se relacionaban a los fenómenos naturales como los eclipses, temblores, inundaciones y sequías, que eran consideradas calamidades que afectaban la salud. Las enfermedades se atribuían a los dioses, que al ser enojados por causa de los hombres, enviaban padecimientos como parte de un castigo divino para quien los hubiera ofendido, la forma de curarlos era suplicando perdón a través de rituales, ofreciendo sacrificios, penitencias y promesas (Pérez, 2012).

Durante el siglo XV en la Gran Tenochtitlan sucedieron acontecimientos que afectaron de manera directa a la población en el ámbito de la salud, así durante el año de 1450 hubo una epidemia que duró aproximadamente cinco años, aunado a esto, los fenómenos naturales como las heladas e inundaciones provocaban grandes destrucciones de cultivos y de

especies acuáticas dejaron a los habitantes sin alimentos, por lo que el hambre y las enfermedades aumentaban complicando la situación en salud, ya que empezaron a surgir nuevos padecimientos relacionadas con la desnutrición como la anemia provocadas por la falta de alimentos (Victoria 2004).

Las epidemias y otros sucesos naturales, fueron situaciones que a pesar de que causaron la muerte de muchas personas, también dejaron nuevos conocimientos en torno a las formas de curación y aunque no se tiene mucha información sobre esto, de acuerdo con Ana María Victoria Jardón, investigadora en salud, podemos decir que los indígenas desarrollaron un sistema médico bien organizado con la descripción de las enfermedades y sus terapias, logrando así un gran desarrollo en la botánica mediante la especialización de los médicos, basada principalmente en la enseñanza de la higiene en los hogares y las escuelas, éstos eran conocimientos que se heredaban y estaban a cargo principalmente de las mujeres, logrando de ese modo el control de las enfermedades (Victoria, 2004).

La medicina para los grupos indígenas era una combinación técnica – religiosa, considerando a la enfermedad como un producto de desórdenes que afectaban no sólo al cuerpo sino el alma, que por lo general relacionaban con el frío y el calor, utilizando aproximadamente 1200 variedades de plantas para su uso terapéutico (Hernández, citado por Victoria, 2004).

Es importante mencionar que los conocimientos en salud no sólo se fueron desarrollando a causa de la aparición de epidemias y sucesos naturales, sino también se debió a otras circunstancias presentes en el entorno, como la aparición de nuevas causantes de enfermedad surgieron nuevas formas de contrarrestarlas, adquiriendo nuevos conocimientos con el paso del tiempo, el desarrollo de las formas de atención a los padecimientos era una necesidad de sobrevivencia, buscando nuevos conocimientos y aprendiendo de las situaciones vividas, para después evitar y eliminar futuras enfermedades.

Con la llegada de los españoles a tierras mexicanas en el año de 1519, se empiezan a desarrollar una serie de cambios en el ámbito de la salud, debido a que trajeron múltiples enfermedades como el sarampión, la viruela, la fiebre amarilla, la influenza, el tifo, entre

otras. Con el paso del tiempo inicia un proceso en el que se da una relación más cercana entre los españoles y los indígenas provocando contagios de estas enfermedades y así se generaron nuevas epidemias que llevaron a la muerte de muchas personas (López, 1993).

La presencia de los españoles en tierras mexicanas fue un parteaguas, ya que la población empieza a enfrentar situaciones de mayor complicación, por la gran probabilidad de contagios de las nuevas enfermedades. A partir de esto, la medicina que originalmente estaba basada en conocimientos empíricos y de botánica, empezaron a fusionarse con las formas de curación de los nuevos habitantes, quienes tomaron conocimientos de la medicina indígena para curar algunos de sus padecimientos así, los curanderos, brujos y hechiceros se encargaba del cuidado de la salud de la población marginada de la Nueva España, mientras que los españoles ya con nuevos conocimientos, eran quienes atendían al resto de la población (Victoria, 2004).

Con el paso del tiempo y debido a los procesos socioculturales, la medicina española se impuso para el resto de la población, creando hospitales como un espacio de “caridad” a cargo de algunas órdenes religiosas (Soto, Lutsow, González, n.d). En la actualidad, se han llevado a cabo estudios históricos que aseguran que la población indígena no murió por epidemias provocadas por enfermedades traídas por los españoles sino que fueron muertes por enfermedades surgidas en México, asociadas a los cambios climáticos y a la desnutrición de los pobladores, además de que vivían con grandes carencias debido a que el control de los recursos económicos lo tenían los Españoles.

La fusión entre la medicina española y la indígena es un proceso muy complejo, que se llevó a cabo en una forma secuencial, debido a que en un primer momento las nuevas enfermedades fueron atendidas por acciones y tratamientos provenientes de la medicina indígena, posteriormente se desarrolla una combinación entre las formas de atención a los padecimientos, donde los productos y conocimientos locales se mezclaron con las formas de curación de los nuevos habitantes, creando así instituciones de salud donde utilizaban la visión española para atender las enfermedades (Victoria, 2004).

Las primeras instituciones creadas para la atención a la salud, funcionaban bajo una protección religiosa y con una idea de brindar servicios de caridad, atendiendo a personas

pobres, vagabundos y demás población en condiciones económicas inestables con apoyo de la medicina indígena, así como también al resto de la población con los conocimientos de los españoles, que además ya habían tomado algunos aspectos de las formas de curación indígena.

Un suceso que sin duda marcó el rumbo de la medicina fue la instauración del Real Tribunal del Protomedicato, por parte de los españoles en el año de 1525, una organización que tenía funciones de regulación socio-sanitaria, como el control, vigilancia y erradicación de las epidemias, aunque tiempo después se convirtió en un grupo de médicos encargados de examinar y reconocer la suficiencia de los que aspiraban a ser médicos y les concedían las licencias para poder ejercer su profesión (Díaz, 1998).

Hugo Mercer (1984) hace una interesante reflexión en torno a la creación de hospitales y la práctica médica en México, en la que resalta que durante el siglo XVII (periodo en donde la regulación fue ejercida por el Real Tribunal del Protomedicato), el hospital como unidad de la asistencia se utilizaba como un instrumento de orden, no solamente para la población sino también de los profesionales en salud. Para el Estado era importante el control, por un lado, para evitar contagios de las enfermedades existentes y por el otro, para el establecimiento de orden en la población pobre; durante este tiempo las estancias de salud estaban bajo cierto control de organizaciones religiosas, ya que operaban con fondos y personal de la iglesia (Mercer, 1984).

De acuerdo con Mercer, para este momento, las estrategias puestas en marcha por el Estado, no estaban dirigidas a contribuir al mejoramiento de la salud de la población, sino a buscar un control a través de la evangelización, ya que eran las instituciones religiosas quienes contribuían en gran medida a brindar apoyo en el sector social.

Para el siglo XVIII, la situación empieza a cambiar debido a que algunos médicos empiezan a adquirir nuevos conocimientos, con nuevas opciones farmacéuticas, además de que la visión de la enfermedad era distinta, considerándose como una situación controlable y prevenible, utilizando los hospitales para concentrar a los enfermos evitando futuros contagios (Pérez, 2012) esta situación, es considerada un gran avance en la medicina, la

especialización de los médicos dio paso a nuevas formas de atención a la enfermedad, garantizando la salud para la población atendida.

Hasta este momento, de acuerdo con Guadalupe Soto y col (2004), se conocían tres modelos de sistemas de salud que había sido parte esencial para preservar la salud estos son;

- El tradicional (Siglo XII - XV): un modelo que surge siglos antes de la conquista, dirigido principalmente a comunidades pobres, basado en conocimientos de botánica y ritos religiosos.
- El oficial (Siglo XVI - XVII): que se da a partir de la creación de los primeros hospitales y que atiende a las clases pudientes y que de alguna forma establece una relación entre la iglesia y algunas universidades conservadoras de ese tiempo.
- Progresista (Siglo XVIII): caracterizado por el surgimiento de las ciencias médicas

Con base a lo anterior se puede percibir que la religión tenía un peso muy importante sobre las cuestiones que tenían que ver con la atención de las enfermedades, incluso era considerada como una institución de caridad que brindaba ayuda a los más necesitados. Pero, con la aparición de nuevas causantes de enfermedades, se inició el establecimiento de los primeros hospitales en donde la religión fue perdiendo participación, hasta llegar al modelo progresista con el surgimiento de las ciencias médicas que era el que prevalecía hasta este momento impulsado inicialmente por los nuevos habitantes que a su vez era complementado con la medicina indígena.

Durante el siglo XIX con el gobierno de Benito Juárez García (1857 – 1872) la concepción de la medicina y los hospitales empiezan a cambiar, debido a que se pretendía una mayor normalización de las instituciones de salud, esta fue una iniciativa de reforma estaba propuesta desde el año de 1821, teniendo como objetivo el control de las epidemias, así como la regulación de los hospitales y del personal de médico, sin embargo no había podido establecerse, fue hasta 1961 cuando se instituye que *“quedan secularizados los hospitales y establecimientos de beneficencia que hasta la fecha han administrado las autoridades y corporaciones eclesiásticas (Fajardo, 2012)”*, lo que significó que a partir de ese momento los hospitales y las instituciones de beneficencia que originalmente eran

propiedad de la iglesia, quedaban en manos del Estado quien los regularía, evitando la intervención de cualquier organización religiosa.

De esta manera el Estado era el único responsable de llevar el control de los nacimientos y defunciones de la población, así como los registros de las múltiples enfermedades existentes, este fue un gran cambio en el ámbito de la salud, debido a que a partir de esta reforma quedaba en manos de médicos especializados y con conocimientos científicos, bajo el control del Estado. La medicina tradicional queda en segundo término, aunque no desapareció por completo, en esta ocasión se optó por la nueva forma de hacer medicina.

El antropólogo Eduardo Menéndez, hace una interesante reflexión en torno a esta situación, en la que menciona que a pesar de que la biomedicina y la medicina tradicional se han ido desarrollando de una forma separada y opuesta, ha existido una relación entre ellas ya que aunque se ha optado por la nueva forma de atender la enfermedad, la medicina tradicional sigue existiendo debido a una gran lucha por mantenerla como una opción para el cuidado de la salud. En la actualidad está siendo utilizada por grandes farmacéuticas, como base para la producción de sus medicamentos (Menéndez, 2003).

Es con el gobierno de Benito Juárez (1957) que se empiezan a crear nuevas organizaciones para regular la salud de la población como el Consejo Nacional de Beneficencia Pública, con las que pretendía, coordinar los hospitales y las instituciones de beneficencia para convertirlos en instituciones de servicios públicos dependientes del Estado (Rodríguez, 1998), empero, había muchas inconsistencias ya que el servicio brindado a la población no era muy eficiente, siendo una de las causas por las que apareció la medicina privada. Esta época fue de muchos cambios para la salud, dejando ver que sin duda es un elemento que ha adquirido importancia para la población en general, y para los gobernantes.

Algo muy importante en esta etapa es que la iniciativa de que la medicina pase a manos del Estado lograda durante el gobierno de Benito Juárez, se consolida con el papel del hospital como una institución laica, en donde se reemplaza el papel de los religiosos por los médicos, creándose así la Academia Nacional de Medicina, el Consejo Superior de Salubridad y códigos sanitarios, además de la asignación de presupuesto para la construcción del Hospital General y el Manicomio General (Mercer, 1984).

Posteriormente, durante el gobierno de Porfirio Díaz, en el año de 1877, se dio otro avance en la biomedicina, debido a que hubo una mayor capacitación de médicos mexicanos en Europa, se realizaron intercambios con especialistas de otros países además de la organización de reuniones internacionales de salud, teniendo como sede nuestro país, todo esto fue de gran importancia para la posterior conformación del sistema de salud, debido a que permitió una mayor especialización de los médicos y la adquisición de nuevos conocimientos, dando énfasis a la acción ambiental con la finalidad de reducir los problemas sanitarios, creando así un reglamento sobre la higiene del aire, del agua, de los alimentos, y de los lugares de concentración pública, además de que la medicina mexicana adquirió un mayor prestigio al ser reconocida en otros países (Mercer, 1984).

Durante el porfiriato, se dan una serie de cambios que permiten grandes avances en la medicina, principalmente en la especialización de los médicos y la creación de algunas instituciones de salud, pero, no podemos dejar de lado que estas iniciativas, además de buscar un avance, también se llevaron a cabo por un gran interés de atender a la población que trabajaría en las grandes haciendas, minas y comercios que eran propiedad en su mayoría de extranjeros, de esta manera mantener una economía estable para el país. A pesar de todos los esfuerzos no se logró establecer una atención a la salud colectiva dejando a un sector de la población desprotegido y generando una gran desigualdad en salud (Arredondo, 2001).

Con el triunfo de la Revolución Mexicana (1910 - 1917) los servicios de salud tomaron una mayor fuerza, logrando una mejor organización y financiamiento por parte del Estado, tenían como objetivos por un lado, acercar los avances técnicos del sistema hacia el saneamiento, y por el otro, la protección a la salud y la asistencia médica a los enfermos pobres, es así como se conformaron los Servicios Médicos Rurales en 1936, durante el sexenio de Lázaro Cárdenas (1934 – 1940) una institución creada por la demanda de los campesinos, que les dieron la posibilidad de entrar en contacto con el sistema de salud basado en avances científicos y técnicos de la época (Soto, Lutsow, González, n.d) con esto se lograba cubrir un sector más de la población aunque no era suficiente debido a la gran demanda que aún existía.

Para el año de 1943, se publica en el Diario Oficial de la Federación la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, iniciando formalmente sus operaciones en el año de 1946, esta institución cubría varios rubros, brindando servicios de atención a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, enfermedades no profesionales y maternidad, invalidez, vejez y muerte, financiados con recursos obtenidos por las aportaciones del Estado, los empleadores y los trabajadores (Centros de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2006).

De igual forma para este mismo año se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), conformada por el Departamento de Salubridad establecido en el año de 1917 y la Secretaría de la Asistencia Pública en 1938, de esta manera la SSA era la encargada de ofrecer servicios médicos y de saneamiento ambiental a la población en situación de pobreza, que no contaba con un trabajo estable y que por lo tanto no tenían acceso a los servicios del IMSS (L. Malaquías, D. Juan Luis, V. Marcia, 2011).

También para el año de 1943, Petróleos Mexicanos (PEMEX), crea un contrato colectivo en el que se incluyen servicios médicos oportunos y de calidad para los trabajadores, jubilados y sus familiares, conformándose así los servicios médicos de PEMEX. En 1951, quedan establecidos los servicios de salud de la Secretaría de Marina (SEMAR) que había iniciado su funcionamiento desde 1939 como “Departamento Autónomo de la Marina Nacional”, en esta ocasión ofrecerían atención al personal naval, jubilados y familiares considerados derechohabientes (López, 2005).

Con base a estos datos se puede observar que el sistema de salud empieza a consolidarse de una forma inequitativa, ya que sus servicios se dividen entre la población derechohabiente y no derechohabiente. Los derechohabientes considerados como aquellas personas que cuentan con un empleo formal y sus familiares, teniendo acceso a la Seguridad Social, y los no derechohabientes a la población que no cuenta trabajo estable, con acceso a la atención médica asistencial por parte del Estado, brinda a través de la SSA.

A pesar de que ya existía una atención para un gran sector de la población, incluyendo empleados de empresas privadas y de administración social, no se especificaba el acceso a los servicios de salud para los empleados de Estado, por lo que para el año de 1959, se

promulga la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, dando inicio a la creación del ISSSTE, que ofrece servicios para la protección ante accidentes y enfermedades profesionales, maternidad, jubilación, invalidez y muerte (López, 2005). De igual forma para 1976 se crea la Secretaría de la Defensa de Trabajo (SEDENA), que da servicio al personal militar y sus familiares.

Con la conformación de las primeras instituciones de salud bajo responsabilidad del Estado, se considera el inicio del desarrollo del sistema de salud, que responden a múltiples cambios sociales, económicos y culturales. Se plantea que el sistema de salud fue instituido oficialmente en el año de 1983, cuando se adiciona el concepto de “Protección de la salud” al artículo 4º constitucional en el que se establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios”, algo importante es que en esta ocasión no se especificó con claridad las condiciones de dicho derecho.

Fue en 1984, cuando en la Ley general de Salud se especifican las condiciones para el acceso a los servicios médicos, definiéndolos como todas aquellas acciones realizadas en beneficio de la sociedad, dirigidas a proteger y restaurar la salud, de igual forma se clasificaron en servicios de atención médica, de salud pública y de asistencia social (Elizondo, 2007). De esta manera se ha llegado hasta lo que hoy conocemos como un organismo conformado por instituciones y personal que trabajan en conjunto para atender a la población, aunque debemos darnos cuenta de que es un tanto deficiente ya que desde sus inicios se excluyó a las personas de bajos recursos, sin un empleo formal, creando así un sistema segmentado.

El sistema de salud mexicano, en la actualidad cuenta con instituciones que ofrecen servicios de manera desigual, ya que ninguna de ellas garantiza el acceso universal dependiendo en gran medida de la relación laboral, de esta manera, están conformados por los servicios que ofrece el Estado para trabajadores formales y sus familias, aunque estos no son suficientes, debido a que no toda la población cuentan con un empleo formal que les permita tener acceso de forma gratuita, por lo que se tiene que recurrir a los servicios privados que se han venido conformando desde las primeras formas de organización de los servicios de salud, caracterizado por la creación de unidades individuales con la

colaboración de médicos privados, y en años recientes lograron cubrir entre 1.5 % y 3% de la población, a partir de la venta de seguros privados para gastos médicos, que ofrecen 23 compañías aseguradoras (Giedion, Villar, Ávila, 2010, p. 216).

Una vez que se instauraron las instituciones del sector público y privado que en conjunto conforman el sistema de salud, se han planteado muchos retos entre ellos destaca el hecho de conformar un sistema capaz de brindar seguridad médica no sólo a aquellas personas que forman parte el sector formal de la economía sino también a los que no forman parte de este sector.

El siglo XX, fue de alguna manera una época clave para el desarrollo de los servicios de salud ya que la práctica médica se institucionalizó y se reconoce como obligación del Estado, se lograron grandes avances en la medicina con la especialización de los médicos y con la creación de hospitales, laboratorios microbiológicos y productores de vacunas, con equipo más sofisticado para la atención a la enfermedad. A pesar de esta situación, se empiezan a crear una serie de sucesos que de alguna forma afectan a la población como el establecimiento de cuotas de recuperación y aunque el Estado dentro de sus objetivos pretendía expandir los servicios de salud a las comunidades más alejadas no sería de una forma gratuita.

3.2. Componentes esenciales de un sistema de salud

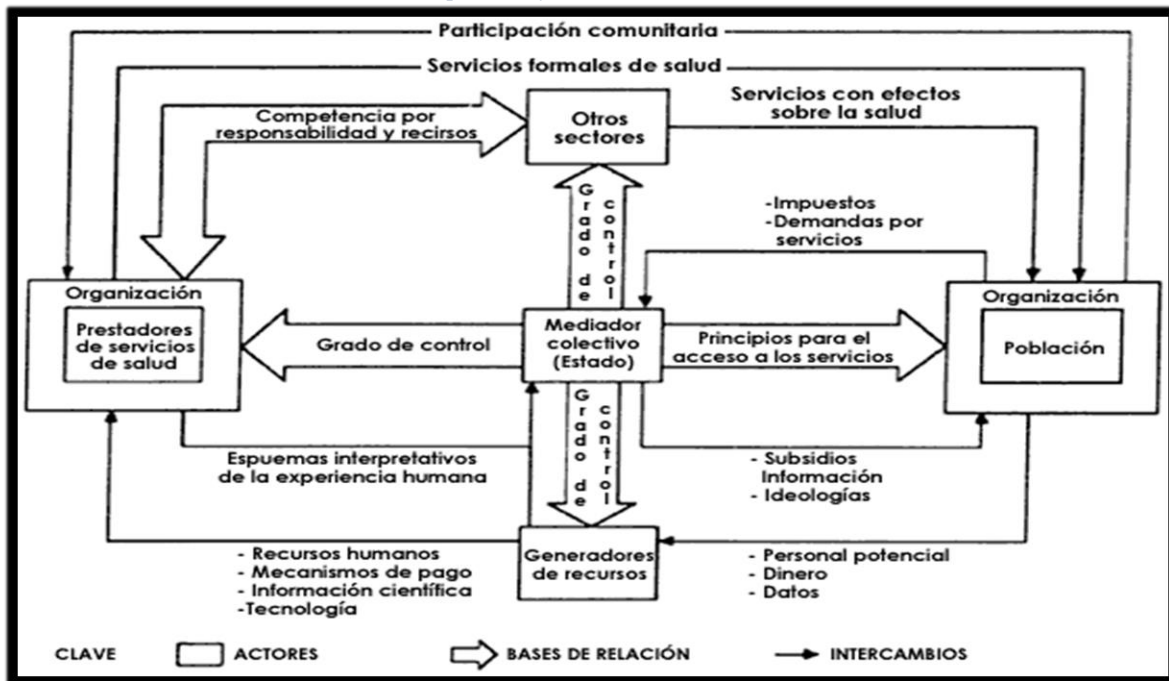
Una vez hablado de los orígenes del sistema de salud mexicano, se tiene un panorama general sobre cómo surgieron algunas formas de atención a la enfermedad y cómo es que con el paso del tiempo se ha consolidado el Sistema de salud como un organismo encargado del cuidado de la salud de la población y como un instrumento esencial que forma parte de la protección social en salud encargado de brindar servicios en pro de la salud de la población. En este apartado se hablará en primer lugar sobre una propuesta que hace Julio Frenk Mora (1997), sobre los componentes esenciales de un sistema de salud, posteriormente se describirá la estructura del sistema de salud mexicano, tomando en cuenta las diferentes instituciones que lo conforman tanto del sector público como el privado, por último se hablará de los grandes cambios en dicho sistema, conocidos como las tres generaciones de reformas.

Un sistema de salud es un conjunto de organizaciones y personas coordinadas e integradas que actúan para la producción de servicios (Soto, Lutsow, González, n.d), en este caso los servicios deben abarcar todas las actividades cuyo principal objetivo sea promover, restablecer o mantener la salud (OMS, 2000), así el sistema tiene como objetivo primordial el cuidado y la atención a la salud y es un organismo que surge como una respuesta social organizada para responder a las necesidades de una población, teniendo como prioridad tres objetivos intrínsecos de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, estos son:

- Mejorar la salud de la población.
- Ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.
- Garantizar seguridad financiera en materia de salud (OMS, 2000).

En general, un sistema de salud es complejo debido a que tiene que ver no solamente con la accesibilidad y calidad de sus servicios, sino que también está involucrado con otros actores externos que sin duda influyen en su funcionamiento, como el financiamiento, la regulación y las políticas en salud, que se plantean en determinado momento. De acuerdo con un interesante análisis que hace Julio Frenk, sobre cómo funciona y cómo está integrado un sistema de salud, menciona que está compuesto por actores sociales esenciales para su funcionamiento (Figura 2), estos son; el Estado, los prestadores de los servicios de salud, la población, los generadores de recursos y otros sectores.

Figura 2. Componentes y relaciones de los sistemas de salud



Fuente: Frenk, J. M (1997), *La salud de la población hacia una nueva salud pública*, México, DF, Ed. Fondo de Cultura Económica.

Los prestadores de los servicios de salud, son todas aquellas instituciones ya sean públicas o privadas integradas por un grupo de profesionales encargadas de prestar servicios que van desde la atención médica, rehabilitación, promoción de la salud y prevención de enfermedades. Otro componente importante del sistema es la población un sector que involucra todos sus niveles de organización, tanto los hogares, los lugares de trabajo y todos aquellos en los que la gente se reúne para realizar sus actividades cotidianas.

Los generadores de recursos son aquellas estancias que aportan elementos que tienen un impacto en la salud, por ejemplo, algunas universidades y centros de investigación que aportan información científica, empresas que contribuyen con avances tecnológicos, y otras estancias encargadas de ofrecer datos estadísticos, mecanismos de pago y recursos humanos en general.

Además, también participan otros sectores que forman parte importante del funcionamiento del sistema de salud, son aquellos como la vivienda, el agua, la protección ambiental y el saneamiento, que de alguna forma tienen algún impacto sobre la salud.

Por último, uno de los componentes centrales de todo sistema de salud es el Estado que actúa como mediador colectivo y que se encarga de regular todo el sistema, por un lado, a los prestadores de los servicios de salud y por el otro, a la población, y no solamente a ellos, sino también a los generadores de recursos y otros sectores, es decir el Estado actúa como el regulador central que norma el funcionamiento del sistema.

Estos componentes se articulan para lograr el funcionamiento en los Sistemas de Salud, teniendo al Estado como un regulador central que adquiere ciertos grados de control sobre los prestadores de servicios de salud, los generadores de recursos y sobre otros sectores, de igual forma establece principios de acceso a los servicios de salud para la población.

El Estado, tiene ciertos grados de control sobre los prestadores de servicios de salud a través del financiamiento, la regulación y la prestación. Cuando se habla del **financiamiento** de los servicios de salud, se hace referencia al mecanismo por el que el Estado adquiere los recursos para costear las actividades y los servicios de salud brindados en las unidades médicas (CEPAL, n.d) normalmente la fuente de financiamiento son los impuestos así como de la venta de bienes y demás servicios públicos.

La regulación se refiere a todas las medidas que el Estado toma para normar y controlar los servicios en el sistema de salud, tanto de las instituciones de salud públicas como de las privadas. De esta manera el Estado puede financiar y regular las instituciones de salud públicas, pero en el caso de las privadas solamente puede regularlas ya que estas obtienen su financiamiento a través de los gastos de bolsillo (Nigenda, y col. 2003).

En México, la regulación está a cargo del gobierno federal a través de la Secretaría de Salud (SSA) y de algunos Estados de la República, que son encargados de la planeación de estrategias a partir de la definición de prioridades y la regulación sanitaria, además de la evaluación de los servicios, programas, políticas e instituciones, algunas de estas tareas se llevan a cabo con la coordinación de diversos profesionales e instituciones civiles. Así también se cuenta con un mecanismo para la acreditación de escuelas y facultades de medicina y enfermería, para la titulación y acreditación de los profesionales en salud (Gómez, y col. 2011).

Finalmente, **la prestación** de los servicios de salud, se refiere a la propiedad, es decir, a todas aquellas instituciones que el Estado ofrece para dar acceso a los servicios médicos como; los hospitales, personal médico y demás recursos físicos. Como se menciona en el artículo 4º constitucional, este debería ser universal proporcionando sus servicios a la población en general, no obstante, en la actualidad la prestación de estos servicios está condicionado a la economía, el tipo de empleo y el lugar donde se encuentre cada persona. El Estado como ente regulador, debería ser quien garantice el derecho a la protección de la salud asignando un presupuesto en salud, acorde a las políticas planteadas, asegurando un sistema de salud intersectorial, gratuito, universal, equitativo y solidario.

Si se habla del grado de control del Estado con relación a los prestadores de servicios, se establece que éste puede hacerse cargo no sólo de la regulación, sino también del financiamiento y la prestación de los servicios. En el caso de las instituciones privadas el Estado únicamente regula sus servicios, pero no tiene el control sobre la prestación ya que éstas tienen instalaciones propias para prestar sus servicios y tampoco ejerce control sobre el financiamiento porque está dado a partir del pago directo por parte de la población.

El Estado ejerce un grado de control sobre los prestadores de los servicios de salud, en el caso de la relación que tiene con la población, establece cuatro principios básicos de acceso para regularla, estos son: **el poder de compra, la pobreza, la prioridad socialmente percibida y la ciudadanía.**

El poder de compra, se refiere a la capacidad de la población para acceder a los servicios privados, es un principio que establece que los servicios de salud pueden comprarse en el mercado utilizando como mecanismo el precio para acceder a ellos y están regulados por el Estado.

Así también, se crearon otros tres principios de acceso a los servicios de salud de acuerdo a la forma en como el Estado percibe la salud de la población, estos son la pobreza, la prioridad socialmente percibida y la ciudadanía.

De acuerdo con **el principio de pobreza** la atención a la salud se brinda a todas aquellas personas que demuestren que tiene una necesidad financiera, para aquellos grupos que se encuentren en pobreza extrema.

El principio de prioridad socialmente percibida, se refiere a brindar atención únicamente a grupos prioritarios, correspondientes a ciertos sectores de la población como; los trabajadores formales, funcionarios públicos o miembros del ejército.

Finalmente, **el principio de ciudadanía** se refiere al acceso a los servicios de salud que deben ser de una forma universal y sin restringirse a algún grupo en particular.

Para definir de una forma más clara el tipo de intervención del Estado en los sistemas de salud, Julio Frenk (1997) definió una tipología de modalidades de organización de los sistemas de salud, ya que no se puede hablar de sistemas únicos porque éstos dependen en gran medida de cómo se percibe a la salud de la población. En este sentido es importante reflexionar, cómo el Estado está concibiendo la salud, como un derecho o por el contrario como mercancía con la que se puede comercializar.

Las modalidades de la tipología propuesta por Frenk, se conforman: en primer lugar el grado de control que tiene el Estado sobre los prestadores de servicios de salud a través del financiamiento, la regulación y la prestación y en segundo lugar los principios de acceso que establece para que la población acceda a estos servicios; el poder de compra, la pobreza, la prioridad socialmente percibida y la ciudadanía (cuadro 3), dichos elementos están concatenados estableciendo combinaciones para describir cómo es que funcionan los sistemas de salud.

Cuadro 3. Tipología de modalidades de organización de los servicios de salud

	PRINCIPIO DE ACCESO DE LA POBLACIÓN			
Grados de control por el Estado	Poder de compra	Pobreza	Prioridad socialmente percibida	Ciudadanía
Regulación	Atención privada	Beneficencia privada	Servicios de empresa	Seguro social (modelo Alemán)
Financiamiento	-----	Medicaid en EUA	Seguro social incipiente	Seguro Nacional de salud
Prestación	-----	Asistencia pública	Seguridad social (Modelo latinoamericano)	Atención Socializada (Servicio Nacional de Salud)

Fuente: Frenk, J. M (1997), *La salud de la población hacia una nueva salud pública*, México, DF, Ed. Fondo de Cultura Económica.

Con base al cuadro 3, se pueden señalar las diferentes modalidades; la de **atención privada**, en la que el acceso a los servicios de salud está basado en el poder de compra, de esta manera es el sector privado el encargado de financiar y prestar los servicios, el Estado lleva el control a través de la regulación. En la modalidad de **beneficencia privada**, el acceso a los servicios se centra en la población pobre, la prestación y el financiamiento está a cargo de las instituciones públicas asistenciales, no obstante, es bajo voluntad propia, de igual manera es el Estado quien los regula.

En la modalidad de **servicios de empresa**, el financiamiento y la prestación de la atención a la salud está a cargo de las instituciones de seguridad social brindando servicios para sus

trabajadores y sus familias, siendo el Estado quien los regula. En el caso del **seguro social** fundamentado en el principio de ciudadanía el Estado juega un papel muy importante, ya que es quien establece los beneficios a los que la población tiene derecho, garantizando los servicios de salud a través de cuotas obligatorias, por parte del empleado y el empleador de acuerdo al salario, sin embargo, el Estado también hace una aportación económica, es decir es un financiamiento compartido entre estos tres sectores, en esta modalidad, el estado ejerce el control a través de la regulación, así como también en una parte del financiamiento, dejando la prestación en manos de los privados.

El **seguro social incipiente**, es una modalidad basada en la prioridad socialmente percibida, caracterizada por el establecimiento de programas de seguridad social dirigidos a los asalariados con un determinado nivel de ingresos, dejando fuera a trabajadores independientes, campesinos y clases medias, la prestación queda en manos de la iniciativa privada. En el Seguro Nacional de Salud bajo el principio de ciudadanía, la prestación de los servicios queda a cargo del sector privado, siendo el Estado quien los financia.

En el caso de la modalidad de **Asistencia Pública**, basado en el principio de pobreza, es el Estado quien tiene bajo su propiedad todos los aspectos que intervienen en la prestación de los servicios de salud, es decir, los regula, financia y presta.

La modalidad de **Seguridad Social**, también conocida como un modelo mixto, ya que a pesar de que es el Estado quien regula los servicios de salud, el sector público y el privado participan el financiamiento y la prestación de estos, de esta manera cuenta con el sector público que ofrece servicios en establecimientos del ministerio de salud para la población de escasos recursos, el sector de seguros sociales para los trabajadores asalariados y un sector privado que atiende a la población con mayor poder de compra.

La **Atención Socializada**, basada en el principio de ciudadanía, se caracteriza por la prestación de los servicios de salud bajo responsabilidad del Estado, ofreciendo cobertura, universal, gratuita y completa, considerando a la salud como un derecho de ciudadana brindando las prestaciones de acuerdo a las necesidades de la población.

En general, estos cuatro principios de acceso a los servicios de salud, operan en diferentes países, el poder de compra es un principio que se encuentra en casi todos los sistemas de salud, estableciendo que las personas que tienen la capacidad de pago son quienes tienen la posibilidad de acceder a los servicios de atención a la salud, a través de la compra de seguros o accediendo directamente en el momento de necesitarlos. En estas tipologías el hecho de hablar de una atención a la salud, implica los servicios tanto clínicos, de prevención, promoción y rehabilitación.

El análisis y la propuesta de tipologías que hace Julio Frenk (1997) son interesantes, ya que deja un panorama claro sobre las condiciones bajo las que los sistemas de salud ofrecen sus servicios. Algo importante que se puede mencionar es que ésta es sólo una representación basada en tipologías, no obstante, existen otras más, donde lo más importante es identificar como es que el Estado interviene en el sistema, y cuáles son las condiciones para que la población pueda acceder a estos servicios, debido a que esto depende en gran medida de como el Estado ve a la salud.

La idea de enunciar dichas tipologías, deja una idea clara sobre las diferentes formas de acceder a los servicios de salud en diferentes lugares, es importante cuestionar; ¿cuál sería la mejor manera de hacerlo?, ya que en cada país se hace dependiendo de las condiciones sociales y económicas, de la población, pero, no se olvidar que la protección a la salud es un derecho que debe ser garantizado por el estado, por lo que la tipología atención socializada, basada en el principio de ciudadanía, en la que el Estado regula, financia, y presta los servicios, debería ser la más utilizada, ya que responde a dar cumplimiento a dicho derecho.

Con base en lo anterior se puede decir que los Sistemas de Salud, están articulados por diversos componentes, pero el grado de control sobre los prestadores de los servicios de salud y los principios de acceso a los servicios de salud son de suma importancia ya que de ellos depende en su mayoría el funcionamiento de éste, con esta propuesta se tiene un panorama general sobre cómo es que funcionan dichos sistemas de forma universal, y podemos entender una de las razones por las que se segmentan en servicios públicos y privados, ya que depende en gran medida de cómo el Estado ve a la salud, y es así como se determina su participación.

3.3. Estructura del sistema de salud en México

Una vez teniendo un panorama sobre el funcionamiento de los sistemas de salud y sus componentes, a continuación se hablará sobre la estructura del sistema de salud mexicano, que está compuesto por dos subsistemas, conformados por dos sectores el público y el privado. El sector público, lo integran las instituciones de la seguridad social y las de asistencia social (Gómez, Sesma y Col, 2011) y el sector privado por las instituciones que no son financiadas por el Estado, podemos mencionar a las organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro y a aquellas organizaciones con fines de lucro como los grandes hospitales y clínicas de atención médica.

De esta manera la seguridad social, correspondiente a el sector público de atención a la salud (Figura 3) está integrada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la dirección corporativa de administración de Petróleos Mexicanos, (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR), que atienden a aquellas personas que son trabajadores asalariados a sus familias y a los jubilados. Los servicios que presta en IMSS, son para aquellos que laboran en empresas privadas, en el caso del ISSSTE para personal que trabaja en instituciones gubernamentales, en PEMEX, SEDENA y SEMAR, hacen uso sus propios trabajadores.

Por otra parte, dentro de la Asistencia Social se encuentran las instituciones y programas de la Secretaría de Salud (SSA), los Servicios Estatales de Salud (SESA), el programa IMSS-Oportunidades y el Seguro Popular de Salud (SPS) que son instituciones que brindan atención a la población sin seguridad social, es decir a los auto-empleados, desempleados y trabajadores formales (G. Úrsula, V. Manuela, A. Adriana, 2010).

Dentro de la atención médica, en las instituciones de la Seguridad Social tenemos que el IMSS atiende a un 70% de la población asegurada, atendiéndolos en sus propias unidades y con sus propios médicos y enfermeras, el ISSSTE al 10.60% mientras que PEMEX, SEDENA Y SEMAR, atienden a un 1% de la población asegurada en clínicas de PEMEX pero con personal propio (IMSS, 2013), de esta manera se asegura la atención a casi la totalidad de la población que cuenta con un empleo formal y sus familias.

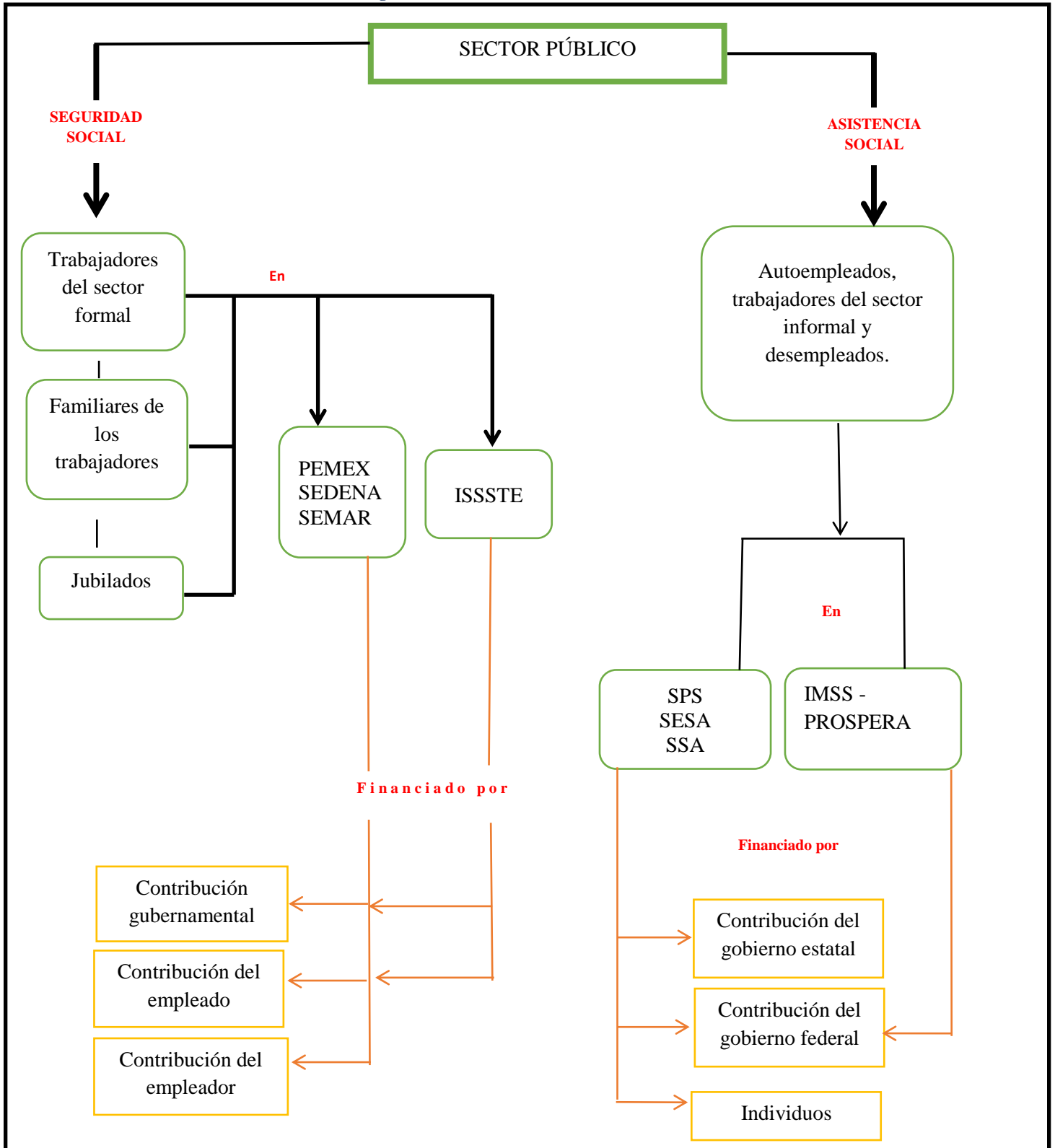
En general, el IMSS y el ISSSTE ofrecen servicios de medicina preventiva, de atención médica a la maternidad, rehabilitación física y mental, así también cuentan con una serie de seguros entre los que destacan el seguro contra riesgo de trabajo, de retiro y vejez, prestaciones sociales y seguros de guarderías. Estas instituciones de seguridad social, son los que ofrecen servicios más completos y con una atención más especializada, debido a que cuenta con recursos y personal propio para atender a las personas aunque no se puede dejar de lado que únicamente atiende a un sector muy específico. De igual forma los asegurados a PEMEX, SEDENA y SEMAR reciben servicios de atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, de rehabilitación, y seguros para riesgos el trabajo, jubilación e invalidez.

De las instituciones pertenecientes a la Asistencia Social, el SPS ofrece sus servicios médicos en unidades de los SESA, da acceso a un paquete de servicios que incluye alrededor de 260 intervenciones médicas y quirúrgicas, y los medicamentos correspondientes a cada una de ellas, siempre y cuando se encuentren dentro de este paquete y de acuerdo con el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), que maneja esta institución, para brindar sus servicios a la población. Los SESA brindan atención básica a la población no asegurada en los centros de salud, y en unidades ambulatorias, y el IMSS – Oportunidades ofrece servicios principalmente en zonas rurales, centrando su atención en la medicina general y ambulatoria, así como servicios hospitalarios materno – infantiles (Gómez, D. y col. 2011).

En cuanto al financiamiento en el sector público del sistema de Salud, y específicamente para la Seguridad Social (Figura 3), el IMSS está apoyado por las contribuciones gubernamentales, así como de los mismos empleados y los empleadores, es decir, es de carácter tripartita al igual que PEMEX, SEDENA Y SEMAR, mientras que el ISSSTE cuenta con un financiamiento bipartita, ya que recibe aportaciones del empleado y por parte del Estado. En el caso de la Asistencia Social, la SSA, el SPS y los SESA, son de carácter bipartita ya que son financiadas por contribuciones del gobierno estatal y federal y también recibe una contribución de la población que utiliza sus servicios; mientras el IMSS-Prospera está financiado por contribuciones federales, aunque de alguna forma se encuentra coordinado por el IMSS.

Además del financiamiento otro aspecto importante dentro la estructura del sistema de salud son los recursos con los que cuentan estas instituciones, en este caso se puede hablar del lugar en donde brindan sus servicios de atención médica, y el personal con el que colaboran, ya que en la actualidad éstos son insuficientes debido a que mientras el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR cuentan con sus propios hospitales y personal, la SSA, y el SPS hacen uso de algunos de instalaciones de las SESA, para ofrecer sus servicios (Hugalde, Homedes, 2010), esto habla de la inequidad en recursos para la atención a la salud que existe en México.

Figura 3. Estructura del Sector Público de salud



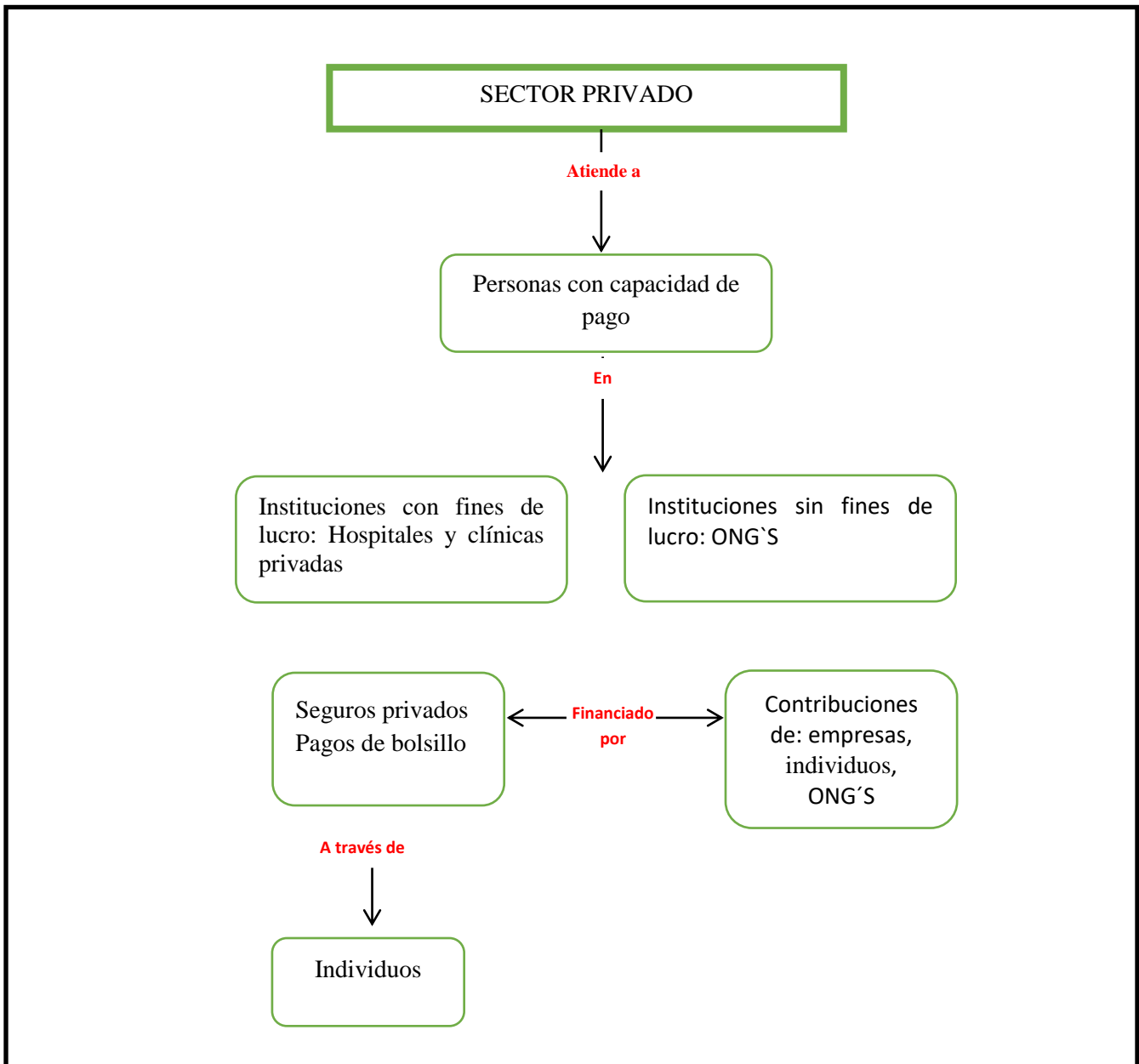
Fuente: Giedion, U, et al. (2010). *Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado*. Septiembre de 2015, de Fundación MAPFRE.

Hasta este momento se ha hablado de una parte del sistema de salud que es el sector público, en la actualidad el sector privado forma parte muy importante del sistema de salud y se ha conformado ante la necesidad de la población por buscar otras alternativas de servicios de salud. Aunque de alguna forma ésta es una necesidad creada a partir de que los servicios de salud del sector públicos, ya que el Estado da apertura a servicios privados, descuidando los servicios públicos viendo a la salud como una mercancía con la que se puede comercializar y obtener ganancias, lográndolo con la creación de centros de atención médica privados y con el pago a cambio de sus servicios, esto forma parte de una iniciativa propuesta por el Grupo del Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional, pretendiendo invertir en salud viéndola como un negocio para obtener grandes ganancias, con el argumento de que el sector privado es más eficiente que el público (Hugalde, Homedes, 2008).

El sector privado del sistema de salud mexicano, representa una parte importante de éste, ya que sin duda un gran sector de la población acude a la utilizar estos servicios, incluso aquellas personas usuarias de la seguridad social y la asistencia social. Como se puede ver en la Figura 4, el sector privado atiende a personas con capacidad de pago, en hospitales y clínicas privadas, financiado por el pago directamente de bolsillo como resultado de los gastos que se puedan generar al momento de utilizar los servicios de salud, ya sea destinados a pagos de honorarios para los médicos, compras de medicamentos, hospitalización y otros servicios, además de que también se puede financiar a partir de la compra de seguros privados.

En general, los servicios de atención privados se financian por gastos de la población, éstos pueden ser de una forma directa a partir de los gastos de bolsillo en el momento de hacer uso de los servicios y de una forma indirecta a través de la compra de seguros, teniendo un aseguramiento para su utilización en el momento requerido, pero en ocasiones estos servicios pueden ser comprados directamente por el empleador y/o el empleado, dependiendo de la estancia en la que se labore.

Figura 4. Estructura del sector privado de Salud



Fuente: Giedion, U, et al. (2010). *Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado*. Septiembre de 2015, de Fundación MAPFRE.

La atención médica privada en la actualidad ha adquirido gran importancia, y es que sin duda, su uso ha sido inevitable debido a las múltiples estrategias que ha usado el Estado para incluirla dentro del sistema de salud como un negocio obteniendo ganancias a través de iniciativas privadas, dejando desprotegido al sector público. De esta manera este sector se ha conformado por organizaciones con fines de lucro, en las que los servicios de salud son comprados por quien tiene la capacidad de pago, ofreciendo múltiples servicios de

atención hospitalaria, prevención y rehabilitación, además de la venta de seguros privados para sustentar económicamente los servicios de salud prestados (Gómez, Sesma y col. 2011).

También se han creado Organizaciones no Gubernamentales ONG'S, con y sin fines de lucro, que se podrían considerar como parte del sector mixto de atención a la salud, ya que brindan servicios de muy bajo costo e incluso exentos de pago a personas desprotegidas de la seguridad social y la asistencia social, y que además no tiene la capacidad de pago, financiada por contribuciones voluntarias, pero a pesar de ello estas organizaciones no son suficientes para cubrir con la demanda de la población (Gómez, Sesma y col. 2011).

El sistema de salud es un tanto complejo por su estructura, financiamiento y la forma en las que las personas acceden a ellos, es un organismo en el que hay una interacción tanto pública como privada, financiada por el Estado y la población, es un organismo capaz de atender a un gran sector de la población. En la actualidad es muy deficiente por el hecho de que no cubre con todas las necesidades médicas, además de que por la ineficiencia de los servicios de seguridad social las personas acceden a los servicios tanto de éstas instituciones y al mismo tiempo de las privadas.

La estructura del sistema de salud mexicano se ha venido conformando por la demanda de la población ante las distintas enfermedades que los aquejan, aunque no podemos dejar de lado que la salud es una responsabilidad no sólo de uno como persona sino también el Estado quien está obligado a proporcionar las facilidades para que se goce de una plena salud tal y como se establece en el artículo 4º Constitucional, teniendo como garantía el acceso a los servicios de salud, como parte de la protección social de la salud, que es un derecho al que todos debemos tener acceso.

3.4. Reformas en Salud

En este último apartado del capítulo se hace un análisis sobre el desarrollo de las dos primeras generaciones de reformas del sistema de salud mexicano, iniciando con la definición de los conceptos de reforma y reforma en salud, siendo importantes para identificar lo que estos implican; posteriormente se analizan los cambios en el sistema de

salud, enfocados a las dos primeras generaciones de reforma y haciendo mención de las características principales de la tercera generación.

Antes de hablar sobre las reformas del sistema de salud en México, es importante mencionar que en general una reforma se refiere a un cambio o una ruptura a pequeñas o grandes escalas, estos pueden ser cambios dirigidos a instituciones u organizaciones en sus diferentes estructuras, que beneficien tanto a los consumidores y a las propias empresas, (Chanes, 1993), esta definición plantea una modificación interna sin afectar a la estructura en general, llevando a cabo modificaciones que no sólo beneficien a un sector sino que sea un proceso equitativo en el que se vean beneficiados todos los involucrados.

Este es un concepto que proporciona una idea de reforma que tiene que ver con cambios que deben dejar beneficios equitativos para alguna estructura, es decir, una reforma a nivel institucional. En general, una reforma en cualquier contexto o ámbito que se lleve a cabo implica la introducción de algún cambio, transformación con el objetivo de mejorar o corregir algún aspecto, aunque no necesariamente sea para beneficiar a todos los sectores, de esta manera se pueden llevar a cabo en escenarios políticos, económicos, administrativos, culturales y sociales (Chanes, 1993).

Con base a lo anterior, se puede decir que una reforma es un proceso que se puede llevar a cabo en diferentes ámbitos y que busca un cambio para mejorar aspectos de las estructuras. El sector de la salud, es un espacio en el que se han llevado a cabo reformas, definiéndolas como un proceso orientado a producir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sistema, con el propósito de aumentar la equidad de sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Bajo esta misma perspectiva, las reformas de salud se definen como *“procesos orientados a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias, niveles y funciones del sector, a través de diferentes estrategias y acciones, con el fin último de satisfacer mejor las necesidades de salud”* (Superintendencia de Salud, 2007).

Las reformas en salud están dirigidas a generar cambios en el sistema de salud, dirigidas a llevar a cabo acciones que repercutan de forma “positiva” en la población, buscando una equidad y cobertura no sólo en la atención médica, sino en todas las acciones que tienen que ver con el cuidado de la salud. Es importante mencionar que estas son afirmaciones que se han venido estableciendo a lo largo del tiempo con la idea de que con las reformas sólo se llevan a cabo modificaciones positivas en beneficio de la población, es significativo indagar sobre el verdadero fin de dichos cambios y si en realidad solo benefician a la población.

El ámbito de la salud es solamente un ejemplo de los sectores que pueden ser reformados, es relevante indagar sobre cuáles son algunas consecuencias de dichos cambios y si responden a la concepción de reforma en el que se establece que dichas modificaciones han sido para beneficiar a la población, brindándoles un acceso efectivo a los servicios de salud, o por el contrario responden a ofrecer beneficios a unos cuantos, apoyando a la cobertura del sector privado y por ende al sistema capitalista; esto se analizará más adelante con el caso específico del Seguro Popular de Salud como parte de las reformas del sistema de salud mexicano, que es el objetivo de esta tesis.

En los apartados siguientes, se analizarán dos momentos importantes del sistema de salud mexicano, que se han venido desarrollando desde que empieza a conformarse como un conjunto de instituciones que en teoría fueron creadas para dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Los cambios que ha tenido el sistema de salud mexicano a lo largo de la historia han sido determinantes para conformarlo como un conjunto de organismos segmentado que ha dado pie a las inequidades en el acceso a los servicios de salud, por lo que es importante indagar los orígenes de dichas reformas y como se han implementado en México.

3.4.1. Primera generación de reformas del sistema de salud en México

Para hacer referencia a los cambios en el sistema de salud, se utilizarán algunos planteamientos en torno a las reformas del sistema de salud planteados por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), una institución privada creada en el año de 1985

cuyo objetivo es “coadyuvar a la problemática en salud en México a través del desarrollo y aporte de conocimientos que apoyen a la formulación de políticas y programas en salud, así como generar propuestas para contribuir a la promoción, prevención y educación para la salud”.

A lo largo de la historia, el sistema de salud mexicano ha tenido modificaciones que se llevaron a cabo en tres momentos históricos, el primero durante el año de 1934, cuando este organismo empieza a conformarse como un conjunto de instituciones a cargo del Estado, responsables del cuidado de la salud de la población, el segundo entre los años 1970 – 1983 y finalmente el tercer momento entre los años 1983 – 2017 (FUNSALUD, 2012).

El sistema de salud mexicano, tiene sus orígenes en el año de 1943 cuando se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), así como con la creación del Instituto de Seguridad, la SSA y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado en 1959 (ISSSTE). Estas instituciones estaban y en la actualidad siguen siendo reguladas por el Estado, con el objetivo de garantizar el acceso a los servicios de salud para las personas que se encontraban laborando en el sector formal y sus familias que también eran consideradas derechohabientes, de igual manera la SSA, proporcionaba sus servicios para aquellas personas que no contaban con seguridad social.

Al auge de nuevas instituciones de salud reguladas por el Estado, se conoce como la primera generación de reformas. Con la creación del IMSS, del ISSSTE, y de otras instituciones, como el Hospital Infantil de México, el Hospital de Cardiología y el Instituto de Nutrición, se sientan las bases para la conformación del sistema. De acuerdo con la Secretaría de Salud (2004), este es un proceso que se origina debido a las deficiencias existentes en la atención a la salud ya que predominaban los servicios médicos privados que sólo atendían a un sector de la población, que por lo general eran aquellas personas con capacidad de pago en comunidades urbanas, ofreciendo sus servicios en instituciones un tanto escasas y con problemas en el abastecimiento de medicamentos, médicos y demás personal de salud lo que no aseguraba la atención médica para la población en general. La creación de las instituciones públicas se considera como una respuesta a las necesidades de salud de la población.

Si bien es cierto, antes de la conformación de las instituciones de salud reguladas por el Estado, existían servicios un tanto deficientes que brindaban atención en su mayoría a personas con capacidad de pago, es importante recordar algo que se mencionó en el Capítulo III, que estas instituciones surgieron no solamente por estas problemáticas existentes, sino por las demandas de la población, buscando la garantía del derecho a la protección de la salud, es después de la Revolución Mexicana cuando empiezan a consolidarse, ya que se consideraba que uno de los ideales de la Revolución era proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y tranquilidad familiar, siendo un interés por parte del Estado mantener a la población sana para que de esta manera contribuyera a la economía del país con su fuerza de trabajo.

Con esta reforma se empieza a institucionalizar la atención médica con la creación de instancias formales de atención a la salud, además de que se reafirma la responsabilidad del Estado para asumir el cuidado de la salud, debido a que estas instituciones desde el momento de su creación están normadas por dicho organismo, quien tenía la responsabilidad de garantizar el acceso a los servicios de salud. Con la creación del IMSS, el ISSSTE y la SSA se asumía que el sistema de salud se perfilaba para dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Pareciera ser que, con la creación de las primeras instituciones públicas de salud, se garantizaría la atención médica para la población en general, con este proceso el sistema de salud, quedó dividido en dos sectores; brindando atención a los trabajadores del sector formal y a aquellos que no contaban con un empleo estable. La atención a la salud tenía la característica de ser un modelo segmentado, ya que el acceso a la salud era garantizado para los trabajadores del sector formal atendidos en el IMSS e ISSSTE, y la población que no contaba con un empleo formal era atendida por la SSA, con una atención no garantizada.

La incertidumbre de no tener un acceso garantizado a los servicios de salud provocó que algunas familias accedieran a los servicios privados, teniendo que pagar una cuota por atención, enfrentándose al aumento cada vez más de los costos, por la gran demanda que había en dicho sector, aunado a esto prevalecía una mala calidad de los servicios, que no garantizaba un buen nivel de salud (FUNSALUD, 2012).

En general, este proceso da como resultado el origen de un sistema de salud ineficiente, que no cubre con las necesidades de toda la población, siendo un organismo de tipo corporativista, es decir, que prioriza la protección de los trabajadores formales con la finalidad de mantener la estabilidad económica del país (Tamez, Valle, 2006), este punto es importante ya que el hecho de dar un aseguramiento a los trabajadores es esencial, sin embargo, una gran parte de la población queda desprotegida sin tener la seguridad de acceder a los servicios médicos.

Estas iniciativas tenían un doble sentido por un lado brindar servicios de atención médica para enfrentar los padecimientos que prevalecían en ese momento y por el otro lado asegurar una mano de obra para beneficio del país y de esta manera mantener un sistema económico estable.

En este marco, es interesante mencionar una reflexión que hace el filósofo francés Michel Foucault (1977), en su texto “La historia de la medicalización” en el que se hace un análisis muy interesante sobre algunos aspectos de la medicalización¹ en la población a partir del siglo XIX, en el que menciona que la medicina en Inglaterra se constituyó como es una estrategia biopolítica, donde el cuerpo como una parte biológica es importante para mantener un sistema político, por lo que el principal interés del Estado sobre la práctica médica era para asegurar una fuerza productiva y laboral (Foucault, 1977), por lo que el cuerpo se empieza a ver en relación con la fuerza productiva de los individuos. Con base en esto podemos considerar que la creación de las instituciones que conforman el SNS pueden resultar un medio para mantener controlada a la población brindando una atención médica para asegurar personas sanas que contribuyan a la economía de los países.

La primera reforma marca una serie de cambios a nivel institucional y para la población y aunque se argumente que se dieron con el único fin de asegurar servicios de salud eficientes y accesibles, debemos reflexionar si realmente las instituciones surgidas en esta primera reforma fueron creadas con ese fin o por el contrario, se buscaba una manipulación para beneficio económico del país.

¹ La medicalización; es el proceso por el que problemas no médicos pasan a tratarse como problemas médicos, normalmente bajo términos de enfermedad o trastorno (Pérez, 2011).

3.4.2. Segunda generación de reformas del sistema de salud en México

En este apartado, se muestra un panorama general sobre la segunda generación de reforma, con la que se pretendía dar respuesta a las necesidades de la población en función de los costos que implicaba la atención a la salud, de esta manera se buscaba, hacer del sistema de salud una institución más equitativa y accesible.

La segunda generación de reforma también denominada “crisis y cambio estructural” se desarrolló del año 1970 al año de 1983 y de acuerdo con la Secretaría de Salud (2004), surge como una respuesta a las problemáticas desencadenadas por la primera generación de reformas, algunas de éstas como que la atención hospitalaria empezó a alcanzar sus límites, por lo que no estaba cubriendo con las necesidades de la población, además de que algunas comunidades rurales, sobre todo las más pobres no tenían acceso a los servicios de salud, por lo que se veían en la necesidad de recurrir a servicios privados, que eran de mala calidad y de costos elevados (Secretaria de Salud, 2004).

De acuerdo con la Secretaría de Salud, como consecuencia a la gran demanda que empezaba a haber en los servicios de atención privados, los precios empezaron a aumentar, debido a la utilización de instrumentos con mayor tecnología que implicaban un costo más elevado para las instituciones, al igual que para la población a momento de acudir a los servicios. El aumento de los precios de la atención médica y la imposibilidad de los servicios públicos de atender a la totalidad de la población, además del cambio en el perfil epidemiológico que se caracterizaba por la aparición de las enfermedades crónico degenerativas, hacía prácticamente imposible cubrir con las nuevas necesidades en salud (FUNSALUD, 2012), no solamente en las instituciones privadas sino también en las públicas.

Para enfrentar estas problemáticas, el Estado implementó una serie de cambios en el SNS, pretendiendo aumentar la cobertura, la equidad y la efectividad de la atención médica, buscando mejorar la calidad y eficiencia de los servicios y de esta manera mejorar la salud de la población. Para cumplir con dichos objetivos se plantó una renovación legislativa y administrativa.

Dentro de los cambios legislativos se llevó a cabo la inclusión del derecho a la protección de la salud en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en 1983, esto se consideró un gran logro para la población debido a que a partir de este momento se ve a la protección de la salud, como un derecho universal que tiene que ser garantizado por el Estado. Otro aspecto que se llevó a cabo dentro del cambio legislativo es la promulgación de la Ley General de Salud² (FUNSALUD, 2012), estableciéndose las normas, derechos y obligaciones para acceder a los servicios de salud.

En cierta forma fue un gran avance la inclusión del derecho a la protección de la salud en la Constitución ya que a partir de ese momento se reconoce como parte de las obligaciones del Estado y sin duda el hecho de tener la garantía del acceso efectivo a los servicios clínicos es de suma importancia para lograr el óptimo estado de salud de la población, con el reconocimiento del derecho a la protección de la salud, se deja un poco de lado el derecho a la salud que además de incluir el acceso a los servicios médicos, debería asegurar otros aspectos como el saneamiento, el agua potable, abasto de medicamentos, vivienda digna, condiciones seguras de empleo y alimentación, que son factores que determinan el estado de salud de la población, de esta manera es importante reflexionar si es que efectivamente se está garantizando que el estado de salud de las comunidades o si por el contrario se está dejando bajo responsabilidad del propio individuo.

Dentro de la renovación administrativa, se llevó a cabo la descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada. Esta iniciativa de reforma se plasmó en la Ley General de Salud, estableciendo en el *artículo 7º “impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud”*. Así también en el artículo 21º se menciona que *“el Consejo de Salubridad General debe definir, en su caso, las directrices de la descentralización de los gobiernos de los estados a los municipios”*.

Se creó un acuerdo para la descentralización de los servicios de salud en el año de 1983, en el que se aprueba dicho proceso para entidades federativas. En este documento se reconoce que el avance del sistema de salud ha sido significativo, también es importante redefinir su

² La ley general de salud, es la que reglamenta la protección a tal derecho fundamental, en ella se establecen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, esta ley se aplica a toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social (www.diputados.gob.mx).

estructura para superar los rezagos acumulados y hacer frente a nuevos retos (Acuerdo Nacional para la descentralización de los servicios de salud, 1983).

La descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada, es un proceso que se refiere a la transferencia del poder de los gobiernos federales a los estatales para tomar decisiones (Merino, n.d). En general, se buscaba transferir responsabilidades administrativas y de operación de algunos hospitales y unidades médicas de primer y segundo nivel e integrar a las unidades médicas de cada estado, los servicios de IMSS – Coplamar, que más tarde sería IMSS Oportunidades y que en la actualidad con el gobierno del Presidente Enrique Peña Nieto cambió su nombre a IMSS Prospera.³

Con este proceso lo que se pretendía era disminuir la intervención del gobierno federal, debido a que ahora la responsabilidad estará centrada en los gobiernos estatales (Lechuga, Vieyra, 2014). Para el año de 1985 se descentralizaron 14 entidades federativas en una primera etapa estas fueron; Tlaxcala, Nuevo León, Guerrero, Baja California sur, Jalisco, Tabasco, Querétaro y Sonora y un año después lo hicieron los estados de Colima, Guanajuato y México, culminando su primera etapa en el año de 1987 con Aguascalientes y Quintana Roo (Soberón, Martínez, 1996).

La descentralización es una estrategia con la que se pretendía garantizar el acceso a los servicios de salud a la población no asegurada, principalmente en las comunidades rurales, no obstante, el hecho de delegar las funciones a los gobiernos locales implicó una reducción en la participación del Estado debido a que ahora las decisiones se tomarían a nivel federal. Otro aspecto es que tampoco se garantizaría un presupuesto fijo en salud tomando en cuenta que ahora quienes asignarían el gasto en salud son los gobiernos locales de acuerdo a las prioridades de cada uno, dando preferencia a la atención de salubridad general como planificación familiar, medicina preventiva, vigilancia epidemiológica (Granados, Ortiz, 2003).

Aparentemente el proceso de descentralización era para mejorar el desempeño en los servicios de salud, pero lo que se logró fue reducir la participación del Estado en los niveles

³ Programa Prospera; un programa federal que contribuye a garantizar el derecho a la protección de la salud mediante el otorgamiento de servicios preventivos gratuitos en comunidades rurales y urbanas marginadas (imss.gob.mx)

locales, además de la disminución de la inversión en salud, lo que evidentemente provocaría una menor capacidad de atención en las unidades médicas, dejando desprotegidos a un gran sector de la población, teniendo que pagar con recursos propios para curar sus padecimientos.

Hasta este momento con la segunda generación de reformas se plantearon grandes modificaciones en el sistema de salud, en el ámbito administrativo y legislativo que aparentemente eran para mejorar su desempeño, aunque estos procesos seguirían apoyando a un modelo segmentado en salud, además de las problemáticas ya existentes como la escasez de medicamentos en las unidades médicas, la poca disponibilidad de los hospitales y de recursos que eran problemas que se venían arrastrando desde años atrás (Frenk, 2007) y que con estos cambios no se garantizaba que se resolverían.

Con la segunda generación de reformas se podían percibir cambios positivos en el sistema de salud, ya que el hecho de garantizar la protección de la salud, así como establecer las condiciones bajo las que se garantizaría, eran muestras de que la salud aparentemente era una prioridad del Estado. Se plantea que dichos cambios se llevaron a cabo debido a las deficiencias de las instituciones existentes, argumentando que había una mala calidad en el servicio además de que la población tenía que pagar por servicios privados, no obstante, es importante entender como desde sus inicios, el sistema de salud se ha ido conformando bajo ciertos cambios en la forma de concebir a la salud, dando respuesta a cuestiones políticas.

3.4.3. Tercera generación de reformas del sistema de salud: apuntes para un debate

Existe consenso en que la tercera generación de reformas en salud inicia en los años 80, y se da en el marco de las transformaciones de las economías de mercado y las políticas de corte neoliberal. La reforma neoliberal del Estado implica necesariamente un cambio en su política social. En el campo de la salud, las transformaciones se observaron con mayor nitidez en la década de los 90. En este periodo adquirieron un peso decisivo las recomendaciones emanadas por el Banco Mundial y el FMI, organismos internacionales que propusieron las transformaciones radicales a los sistemas de salud en México y otros países latinoamericanos (Tetelboin C., y Granados A, 2000).

En México, la tercera generación de reformas, se da como una respuesta a las propuestas de estos organismos internacionales, quienes justificaban sus lineamientos argumentando que pretendían aumentar la eficiencia y equidad de los servicios de salud, iniciando una serie de modificaciones cuyas principales características, giran en torno a la disminución de las responsabilidades del Estado en lo que concierne a la protección social en salud. En este sentido se ha sustentado que bajo un discurso de universalidad y equidad, se da un embate a los principios de solidaridad que daban coherencia a las acciones contra la desigualdad social en salud en México. La política neoliberal en salud ha pretendido dar un mayor peso a los mecanismos explícitos de seguro y a los de financiamiento privado (Tamez, 2006).

En la tesis presente se parte del reconocimiento de que el Grupo del Banco Mundial ha tenido una importante injerencia en la redefinición de las políticas en salud en México. Este organismo internacional ha emitido lineamientos que tienen un impacto en el todo el sistema público de salud, incluyendo el sector de la asistencia social. En esta investigación se centra la atención en el proceso de reforma que ha marcado un cambio en la asistencia social subsector que históricamente ha atendido a la denominada “población abierta”, que incluye a los grupos poblacionales sin seguridad social, principalmente a los autoempleados, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, así como sus familiares y dependientes económicos.

Particularmente, con la reforma neoliberal se han puesto en marcha políticas y estructuras organizativas que han marcado un cambio en la forma de abordar la cuestión del acceso a los servicios públicos de salud. Tal es el caso del Sistema de Protección Social en Salud que tiene como brazo operativo el Seguro Popular de Salud, estructura organizacional creada en el año 2004, periodo que corresponde a dicha reforma. En este marco, esta investigación se articula en torno a las interrogantes siguientes: ¿Qué componentes estratégicos del Seguro Popular responden a los lineamientos internacionales establecidos por el Grupo del Banco Mundial? ¿Cómo las políticas neoliberales han redefinido las condiciones de acceso a los servicios de salud en la población sin seguridad social?

CAPITULO IV. POLÍTICAS EN SALUD DEL GRUPO DEL BANCO MUNDIAL

En este capítulo se pretenden describir a grandes rasgos las políticas en salud que ha planteado el Grupo del Banco Mundial (BM), que sin duda han influido en las reformas de los sistemas de salud latinoamericanos. Se hablará de forma general sobre qué es una política en salud, quién es el Grupo del Banco Mundial, cuáles son sus objetivos, así como la relación que ha tenido con México desde su creación y finalmente sobre los lineamientos que ha planteado en el ámbito de la salud.

4.1. Política en Salud

Antes de iniciar con el desarrollo de este capítulo, es importante mencionar que una política en salud es una estrategia enfocada a prevenir las enfermedades, promover la salud y procurar el bienestar de la población, poniendo en marcha acciones que ayuden al cumplimiento de dichos objetivos (OMS, 2013).

Se han definido tres áreas prioritarias que las políticas en salud deben atender: en primer lugar el acceso efectivo, que tiene que ver con brindar a la población servicios médicos de calidad y garantizar accesibilidad sin discriminación; en segundo lugar, la calidad de los servicios, además de tener un acceso a los servicios también es importante contar con personal capacitado, así como los insumos médicos necesarios para brindar atención de calidad; y por último la prevención, enfocada a poner en marcha acciones que disminuyan o eliminen acciones que puedan llevar a la población a adquirir enfermedades (OMS, 2013). Una política en salud tiene como objetivo primordial, crear las condiciones que aseguren una buena salud en la población (Navarro, 2008).

Las políticas en salud, deben formar parte de las estrategias que los gobiernos ponen en práctica para lograr una población sana. Este capítulo está dedicado a identificar algunas de éstas, que son dictadas a nivel internacional por organismos financieros como el Grupo del Banco Mundial (BM) y que los gobiernos de cada país han puesto en marcha para cumplir con las condiciones que esta institución propone.

4.2. El Grupo del Banco Mundial

El grupo del Banco Mundial es una institución internacional, creada en el año de 1944, en una reunión convocada por el Presidente norteamericano Franklin D. Roosevelt, llevada a cabo en la ciudad de Bretton Woods, denominada; “Conferencia Monetaria y Financiera de Naciones Unidas” (Arias Vera, 2002). Dicha reunión fue planeada con la finalidad de enfrentar las consecuencias económicas y sociales de la Segunda Guerra Mundial, finalizada en el año de 1945, empero, para este año ya se podía percibir la situación en la que quedarían los países principalmente aquellos que participaron activamente en este proceso, ya que al menos en infraestructura y en economía estarían arruinados, debido a los gastos excesivos para instrumentos de guerra, además de la destrucción de grandes infraestructura en las ciudades, de esta manera, Bretton Woods fue un llamado de emergencia a todos los países para definir el nuevo rumbo económico que tomarían los países a partir de ese momento.

La Conferencia de Bretton Woods, fue una reunión a la que asistieron representantes de 44 países y para dar cumplimiento a su principal objetivo se propuso crear un nuevo orden económico internacional integrado por tres estrategias principales: un nuevo sistema monetario, un marco regulador del comercio y crear condiciones para el crecimiento económico (Arias, Vera, 2002).

Con respecto a la creación de un nuevo sistema monetario, durante la reunión se definió el dólar estadounidense como patrón de cambio, debido a la fuerza política y económica que Estados Unidos había adquirido durante la Segunda Guerra Mundial, además de ser una de las naciones con una mayor acumulación del capital.

En cuanto a generar un marco regulador del comercio, se sentaron la bases para la creación de la Organización Internacional del Comercio (OIC), siendo esta organización quien se encargaría de regular los intercambios de bienes y productos entre diferentes países, en conjunto con el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, para el año de 1947 convocan a una conferencia Internacional sobre el Comercio y el Empleo, en la que se llevó a cabo un instrumento denominado “Acuerdo General sobre Aranceles de Aduana y Comercio (GATT)”, en el que se establecieron las condiciones para la exportación teniendo

como principal objetivo propiciar intercambios de productos libres de trabas y obstáculos. GATT inicia sus acciones con la firma de 23 países entre lo que destacan, Estados Unidos, Japón, Cuba, Brasil, Chile, Uruguay y Australia.

Otra de las propuestas de Bretton Woods para el apoyo al desarrollo económico, fue la creación del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), que tiempo después formaría parte del grupo del Banco Mundial (BM), en conjunto con otras instituciones y el Fondo Monetario Internacional, estos organismos formarían parte de las estrategias para lograr los objetivos planteados. Para este capítulo se hablará únicamente del grupo del Banco Mundial, siendo una de las instituciones que ha propuesto políticas encaminadas a los sectores sociales y en específico al de salud, además de que se ha relacionado de una forma muy estrecha con nuestro país a partir de los préstamos concedidos.

Se conoce al Grupo del Banco Mundial como un organismo especializado que forma parte del sistema de las Naciones Unidas y se considera como una extensión del BIRF, que en el momento de su creación tuvo como objetivo reconstruir las economías devastadas por la II Guerra Mundial a partir de la concesión de préstamos de bajo interés y créditos bancarios y de esta manera generar un equilibrio tanto financiero como social (Raffer, 2004). El Grupo del Banco Mundial inicia formalmente sus funciones en el año de 1947, concediéndole un primer préstamo de 250 millones de dólares a Francia para apoyar en su reconstrucción (Grupo del Banco Mundial, 2013).

En la actualidad, de acuerdo con documentos de este organismo, tiene como objetivo ayudar a los países pobres a partir de la utilización de sus recursos y de esta manera lograr un crecimiento económico sostenible basado en la equidad, a partir de la concesión de préstamos en apoyo a una amplia gama de sectores, como salud, educación, administración pública, infraestructura, desarrollo del sector privado y financiero, agricultura, gestión ambiental y de recursos naturales (Banco Mundial, 2014).

Con respecto a lo anterior, es importante mencionar que en sus orígenes el Grupo del Banco Mundial tenía sus objetivos dirigidos únicamente hacia los países participantes de la II Guerra Mundial, pero con el paso del tiempo, extendió sus intereses por otros países.

México contribuyó a este proceso, debido a que en 1944 hace una propuesta en la que solicita recursos de apoyo a los países más pobres, y de esta manera buscó incluirlos en la lista de acreedores de este organismo (Urzúa, 2007). Este fue un cambio que involucró a muchos otros países y sectores, cuya situación económica al igual que la de México era inestable, iniciando a partir de ese momento una relación cada vez más estrecha con el BM.

El Grupo del Banco Mundial está conformado por un conjunto de cinco instituciones asociadas para la concesión de créditos e inversiones en los países a diferentes escalas, estas son: la Asociación Internacional de Fomento (AIF), la Corporación Financiera Internacional (CFI), el Organismo Multilateral de Garantía de Inversiones (OGMI), el Centro Internacional para el Arreglo de Diferencias de Inversión (CIADI) y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF).

La AIF, fue una institución establecida en el año de 1960, conformada por 168 países miembros y se encargada de brindar asistencia a los países más pobres del mundo otorgando préstamos sin interés con plazos de pagos de 35 hasta 40 años, obteniendo durante ese tiempo pagos de iguales o diferentes montos, estableciendo comisiones mínimas utilizadas para los gastos administrativos. Esta institución brinda algunas donaciones, obteniendo sus recursos por contribuciones de los países más ricos que forman parte de ésta, dichos recursos deben ser utilizados específicamente para las necesidades básicas de la población, como alimentación y vivienda, además de proyectos de protección al ambiente (Toribio, 2005).

La CFI, es una institución conformada por 182 países miembros, que funciona otorgando préstamos en apoyo específicamente al sector privado, especialmente para financiar y fortalecer proyectos de empresas privadas en los países en desarrollo (Naciones Unidas, 2000). Una de las actividades principales consiste en financiar parcialmente algunos proyectos, asesorando a otras empresas privadas a la co-inversión.

El OGMI, es un organismo establecido en el año de 1988, cuenta con 173 países miembros. Se encarga de garantizar apoyos económicos para aquellas compañías que invierten en

países de riesgo no comercial⁴, promover la inversión extranjera en los países en vías de desarrollo y funciona como aval para algunos proyectos en países en vías de desarrollo.

El CIADI, fue instituido en el año de 1996, cuenta con 143 países miembros, se encarga de proporcionar servicios de conciliación y arbitraje para resolver controversias entre gobiernos e inversores extranjeros (Toribio, 2005), además de financiar proyectos que tienen que ver con la reducción de la pobreza, educación, salud básica y medio ambiente. Algo muy importante es que el CIADI también busca el desarrollo del sector privado y las actividades productivas de los países (Banco Mundial, 2014).

Por último, el BIRF, un organismo creado desde 1944 y actualmente conformado por 185 países miembros, tiene como función la concesión de créditos a países desarrollados y con un monto de intereses más elevados, centra sus objetivos en promover la inversión extranjera, destinando préstamos para fines productivos, siempre y cuando sean garantizados por los gobiernos de cada país (Naciones Unidas, 2000)

Es importante mencionar que el Grupo del Banco Mundial, es una institución propiedad de los países miembros, que en total son 188 los que lo conforman, cada uno tienen cierto poder de acuerdo a su aportación financiera es decir, aquellos que desembolsan una mayor cantidad de dinero para conceder préstamos e inversiones, tienen una mayor capacidad de decisión, de esta manera los países en desarrollo como Estados Unidos, Francia y Alemania son los principales reguladores (ver Figura 5).

Estados Unidos es el país que tiene un mayor poder de decisión, con un 16% de las aportaciones, mientras que 175 países en su conjunto aportan un 58%, teniendo un poder de voto de 0.32%. En general son solamente 6 países los que tienen mayor control con un aporte aproximado de 42% del total.

⁴**Riesgo comercial;** es una situación que se da cuando el deudor no procede al pago de las mercancías o servicios recibidos o existen dificultades en la repatriación de los capitales invertidos, es decir es aquella situación en la que se encuentra en riesgo la economía de alguna institución o entidad, provocada por el incumplimiento de pagos de los acreedores. (Seco, 2007).

Figura 5. Poder de voto en el Grupo del Banco Mundial

Poder	Porcentaje
Estados Unidos	16.39%
Japón	7.86%
Alemania	4.49%
Francia	4.30%
Reino Unido	4.30%
Italia	4.30%
Otros	58.36%

Fuente: Pinzón, D. (2007). ¿El Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, necesitan reformas? Revista de la Facultad de Contaduría Pública, Vol. 13, 61- 73.

El Grupo del Banco Mundial, funciona como una organización en la que la totalidad de los países miembros son accionistas, anualmente llevan a cabo juntas a las que asisten representantes de cada uno de los países miembros, de esta manera es como llegan a acuerdos para establecer las condiciones y estrategias de trabajo para lograr un mejor empleo del capital. De igual forma se eligen comités internos conformados por representantes de 25 países de mayor poder económico, teniendo un suplente para cada uno, a este grupo se le denomina junta de gobernantes, que se reúnen al menos unas tres veces por año con la finalidad de discutir las actividades realizadas en determinado momento (Grupo del Banco Mundial, 2015).

Es importante mencionar que en estos comités quedan excluidos casi por completo los países pobres, teniendo menos participación en las decisiones de este organismo (Pinzón, 2007). Los cinco principales países accionistas que son Francia, Alemania, Japón, Reino Unido y Estados Unidos, eligen a un director ejecutivo, quien a su vez elegirá al presidente del BM para un periodo de 5 años.

En la actualidad el presidente del grupo del Banco Mundial es el médico y antropólogo de nacionalidad coreana JimYong Kim⁵, desde el año 2012 es el encargado de encabezar las juntas anuales y de la administración general del Banco, esta persona que figura como la máxima autoridad en dicho organismo, es representante del país accionista principal, en este caso Estados Unidos.

En cuanto a los préstamos, el grupo del Banco Mundial, cuenta con dos tipos de financiamiento, para proyectos de inversión y para fines de ajuste. Los préstamos para proyectos de inversión son brindados para financiar acciones que tienen que ver con el fortalecimiento institucional, el desarrollo social y la infraestructura de las políticas públicas, pero encaminadas a facilitar la actividad privada, por ejemplo en los proyectos que tienen que ver con la pobreza, los recursos son utilizados para contratar instituciones privadas para la construcción de viviendas, de igual forma para el abastecimiento de agua, se contratan empresas privadas que aumenten la eficiencia del suministro de agua, en el caso de la salud, se invierten recursos para el establecimiento de dispensarios de salud, sobre todo en las comunidades rurales, así como para la capacitación del personal de salud en cuanto a la prevención. En general este tipo de préstamos están dedicados a proyectos para la reconstrucción de minas, represas, caminos y escuelas (Grupo del Banco Mundial, 2013).

Los préstamos para proyectos de inversión suelen abarcar un periodo pago de cinco a diez años, los desembolsos para este tipo de préstamos se dan contra gastos de inversión en proyectos, incluyendo el equipo, el material, servicios técnicos, estudios y otros costos extras, siempre y cuando se identifiquen antes de solicitar los recursos, otro aspecto importante es que el Grupo del Banco Mundial podrá incluir condiciones de desembolsos para algunos componentes del proyecto, de acuerdo a su criterio (Grupo del Banco Mundial, 2013).

Los préstamos para fines de ajuste, denominados también préstamos de rápido desembolso, son utilizados para dar apoyo a las reformas estructurales del sector financiero y de

⁵ El Dr. JimYong Kim nació en 1959 en Seúl (Corea del Sur) y a los cinco años de edad se trasladó junto a su familia a Estados Unidos, donde se crió en Muscatine, Iowa. Se graduó con distinción magna de la Universidad de Brown en 1982. En 1991 obtuvo el título de Doctor en Medicina de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard y en 1993, un doctorado en antropología otorgado por esa misma universidad (Grupo del Banco Mundial, 2015).

políticas sociales, es decir se ajustan a promover un mercado competitivo apoyando la implementación de reformas, por ejemplo, las del sector financiero, encaminadas a crear las condiciones propicias para la inversión privada, las reformas judiciales orientadas a asociar y privatizar sectores públicos y privados. Estos préstamos deben tener un periodo de pago de uno a tres años.

Los desembolsos para los préstamos para fines de ajuste, se realizan en una o más etapas, siempre y cuando se cumpla con las condiciones solicitadas, iniciando con la promulgación de las leyes de reforma y mostrando avances de los logros a nivel económico con dichas reformas, este recurso se deposita en una cuenta específica de la que se puede disponer en el momento de solicitarlo (Grupo del Banco Mundial, 2013).

El Grupo del Banco Mundial hace préstamos a todos los países miembros, clasificándolos a su vez en países de bajos, medios y altos ingresos. Para este año, las economías consideradas de bajos ingresos son aquellas cuya entrada per cápita fue de 1.045 dólares o menos en el año 2013, las de medios ingresos son las que tuvieron en este mismo año un ingreso de más de 1.045 dólares pero menos de 12.746 dólares y las economías de altos ingresos son aquellas que tienen una entrada superior per cápita de 12.746 dólares o más (Grupo del Banco Mundial, 2015).

Una vez que el grupo del Banco Mundial clasifica a los países de acuerdo a su ingreso económico, establece que los préstamos para proyectos de inversión, pueden ser solicitados al BIRF por los países de ingresos medios y altos, siempre y cuando no tengan alguna otra deuda con el Banco y cuenten con solvencia económica para hacer sus pagos, en el caso de los países de bajos ingresos pueden solicitar préstamos para proyectos de inversión a la AIF. (Toribio, 2005).

En particular los países de América Latina incluyendo a México, son clasificados por el Grupo del Banco Mundial como países de ingresos medio – alto, a los que el BIRF, puede conceder sus préstamos, ya sea para inversión o fines de ajuste. Algo que es importante mencionar es que también nuestro país tiene posibilidades para la obtención de préstamos, también adquiere un mayor riesgo de endeudamiento y sobre todo de acatar las condiciones por parte de este organismo para el desembolso de los recursos.

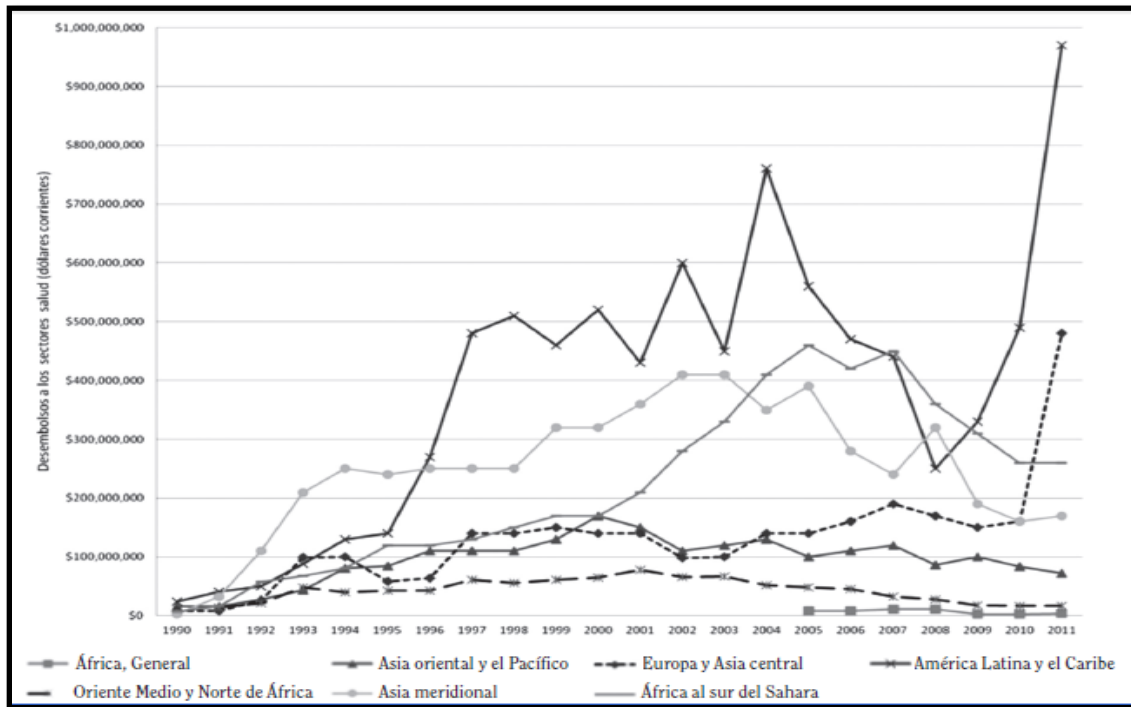
Además de dividir a los países para la concesión de préstamos, el Grupo del Banco Mundial establece que los países deudores deben pagar en el menor tiempo posible, comprometiéndose a utilizar dicho préstamo para generar más recursos que le servirían no sólo para resolver problemas de su propio país, sino también para pagar la deuda. Los recursos que se pretenden generar, serán con base a proyectos en los que se inviertan, ya sea para educación, vivienda, salud u otros sectores económicos, estos préstamos implican aceptar las condiciones de pago, incluyendo las tasas de interés y tiempos de pago y de esta manera poder obtener futuros desembolsos.

Para conceder los préstamos se lleva a cabo un análisis de la situación económica e ingresos del país solicitante, brindando así el apoyo de acuerdo a la capacidad de éste y establecimiento con base a las tasas de interés, que se definen en las juntas de gobernantes que se celebran anualmente, es decir, la decisión la toman los representantes de los países ricos (Arias, Vera, 2002).

A continuación, se muestra un gráfico (figura 6), en el que se puede observar uno de los sectores sociales en el que en la actualidad se ven reflejadas las propuestas del Grupo del Banco Mundial, debido a que ha invertido en éste desde 1990. Se muestra la cantidad de dinero que este organismo ha concedido como préstamos a algunos países desde 1990 en el sector salud, en específico a los países de América Latina y el Caribe que son los que han adquirido una mayor cantidad, llegando a adquirir casi mil millones de pesos.

En el cuadro 6 se observa que a la región se le han concedido menos préstamos es África, a pesar de que es una zona donde la situación en salud es mala, debido a la prevalencia de muchas enfermedades (entre ellos la prevalencia del VIH –SIDA), los préstamos en salud han sido menores, e incluso la inversión en salud ha disminuido, por la creciente deuda que tienen que pagar los países africanos al BM y aun cuando esta problemática ha sido evidente, no se había brindado el apoyo necesario por ser una región pobre, en la que no garantiza el pago de la deuda en un tiempo determinado.

Figura 6. Desembolsos al sector salud, por regiones 1990 – 2011



Fuente; Noy, Shiri (2013). *Las políticas en salud* del Banco Mundial, Rev, Ciencias Sociales, pág, 77.

En contraparte podemos ver que la región a la que se le ha otorgado mayores desembolsos para el sector salud es a América Latina y el Caribe, que empieza a aumentar a partir de 1995, pareciera ser que México tendría asegurado un gasto en salud para infraestructura y demás insumos que debieran garantizar el cuidado de la salud de la población, pero, de acuerdo con un informe de la OMS (2005), es importante mencionar que el gasto en salud efectivamente ha ido en aumento, pero se asignado al sector privado, lo que de ninguna manera garantiza la atención para la totalidad de la población, sino por el contrario solamente para aquella que tiene la capacidad de pagarla (OMS, 2005).

El BM cuenta con una estructura sólida y un funcionamiento que se articula para obtener los mayores beneficios financieros principalmente para los países miembros que tienen un mayor aporte económico. Es importante mencionar que este organismo internacional es un instrumento utilizado para seguir manteniendo el orden económico mundial que está regido por el capitalismo y que en el momento de la Guerra se encontraban en riesgo, debido a la caída económica de estos países, de esta manera se establece *la filosofía bajo la cual fueron creadas las instituciones en Bretton Woods respondían a la preocupación de dotar*

al sistema capitalista de los mecanismos de funcionamiento capaces de superar los grandes problemas del periodo de entreguerras (Unceta, Zabalo, 1994).

Los planteamientos actuales del BM, giran en torno a la participación del sector privado, la obtención de recursos a partir de sus préstamos, así como a la inclusión en diferentes sectores sociales y económicos de los países, dando cumplimiento al modo de producción capitalista que actualmente se encuentra activo. El Grupo del Banco Mundial es un instrumento con el que se pretende seguir respondiendo al capitalismo, que trae beneficios únicamente a la clase dominante.

4.3. México y su relación con el Grupo del Banco Mundial

Una vez conociendo a grandes rasgos, cuáles son las instituciones que conforman el Grupo del Banco Mundial y su funcionamiento en general, en este apartado se hablará sobre la relación que este organismo ha tenido a lo largo del tiempo con nuestro país. Se menciona como inicia la relación entre México y el Grupo del Banco Mundial, a través de su inferencia en las políticas sociales a cambio de préstamos, así como un recuento histórico sobre los préstamos otorgados a nuestro país y los lineamientos propuestos para adquirirlos.

El inicio de la relación entre nuestro país y este organismo se remonta al año de 1944, cuando México durante la reunión de Bretton Woods hace una propuesta al comité del BIRF, en la que sostiene que los préstamos no deberían ser únicamente para los países participantes de la Segunda Guerra Mundial, sino que se debería apoyar el financiamiento de los países en desarrollo, a pesar de no haber participado en dicho proceso (Urzúa, 2007), de esta manera se marca un inevitable contacto económico, no solo con nuestro país sino con algunos más en proceso desarrollo.

La Segunda Guerra Mundial fue un suceso que marcó de forma directa o indirecta el rumbo de muchos países, tanto a los que participaron activamente en dicho proceso como los que no. Con el término de este proceso histórico se generaron diversas problemáticas, principalmente la escases de alimentos, pero sobre todo la falta de insumos para la construcción de armas, como el acero. Esta situación dio a México la oportunidad de un crecimiento económico, debido a que los productos internos eran exportados a otros lugares para su consumo, además de que al mismo tiempo se permitía la entrada de nuevas

mercancías de otros lugares, fue un proceso denominado “crecimiento hacia afuera” (Cepeda, 2012), caracterizado por el inicio de la inserción del mercado local a la economía internacional asegurando mayores ingresos que contribuirían al desarrollo del capital de nuestro país y que de alguna manera abre las puertas a nuevos proveedores.

Es importante mencionar, que para ese momento existían medidas de protección comercial establecidas por las autoridades locales que incluían permisos para importar y exportar, límites en la cantidad de productos, además de que se regulaba el tipo de productos que entrarían a los países (Lawrence, 2009).

De acuerdo con una reseña que hace Carlos M. Urzúa, economista mexicano, a pesar de que muchos países se encontraban en un periodo de ajuste económico por las consecuencias negativas de la Guerra, nuestro país con los nuevos ingresos, además de las actividades de producción internas, se encontraba en un momento de crecimiento financiero, por lo que representaba una economía estable para el ingreso de nuevas mercancías y la exportación de sus productos, de hecho se marcaba un crecimiento a un ritmo muy acelerado (Urzúa, 2000).

Con el gobierno de Miguel Alemán que inicia en el año de 1946, hubo algunos cambios en la economía de México, debido a que propone incrementos en los aranceles para la importación, lo que provocó el desvío de productos hacia otros lugares. En un primer momento, esta situación significó un aumento de utilidades en los mercado interno, ya que al no haber productos foráneos se adquirían los productos propios manteniéndose la economía interna estable, tiempo después se presentó una mala calidad en los productos debido principalmente a la falta de competitividad, lo que provocó el abaratamiento de costos, esto fue el inicio de algunas problemáticas que traerían consecuencias negativas a la economía interna del país (Cepeda, 2012).

A pesar de los cambios que empezaba a haber en la economía interna de México, se consideraba que el crecimiento económico era un proceso que aún continuaba (Urzúa, 2000) pero, esta situación de aparente crecimiento económico, no duró por mucho tiempo, debido a que para el año de 1948 aún con el gobierno de Miguel Alemán, la moneda mexicana se devaluó, quedando en un valor de 8.65 por dólar. Este suceso fue el parteaguas

de la relación entre el Grupo del Banco Mundial y México, ya que con la devaluación del peso mexicano se solicitó el primer préstamo a este organismo en el año de 1949, (Urzúa, 2000), que se destinó principalmente para el desarrollo del sector eléctrico mexicano y para la industria, así durante los diez años posteriores los préstamos concedidos se destinaron a estos sectores.

Al término de gobierno de Miguel Alemán, Adolfo Ruiz Cortines inicia su mandato en el año de 1952, con nuevas iniciativas para el desarrollo de la economía mexicana que, con la devaluación de la moneda y el reciente préstamo del Grupo del Banco Mundial, ya se estaba viendo afectada. Una de sus principales propuestas era la reducción del gasto público, con lo que se pretendía evitar futuros endeudamientos, ya que se consideraba que al tener menos gastos habría menos posibilidad de solicitar préstamos.

La situación de México era un tanto impredecible, debido a los recientes sucesos ocurridos que representaban cierta incertidumbre con respecto a la economía, únicamente se contaba con la posibilidad de seguir obteniendo apoyo por parte del Grupo del Banco Mundial, con la concesión de nuevos préstamos. Para este mismo año se da la segunda devaluación del peso, quedando en 12.50 pesos por dólar, esto fue el motivo de otro préstamo que concedió el Banco Mundial, así la relación con nuestro país se hacía cada vez más estrecha, dependiendo cada vez más de este organismo.

Un suceso que al parecer cambiaría el rumbo de la economía mexicana, fue el descubrimiento de algunas reservas petroleras entre los años de 1977 y 1978 durante el gobierno de José López Portillo (1976 – 1982), ya que representaba la reactivación de la economía mexicana que había ido en decaimiento desde 1948 con la primera devaluación de la moneda y el primer préstamo por parte del el Grupo del Banco Mundial.

Carlos M. Urzúa en su reseña menciona que debido a este gran descubrimiento, se estaba logrando una economía estable y al parecer no se requerirían de más préstamos, además de que México se convirtió en un país muy codiciado al que todos los países miembros del Banco Mundial querían conceder y ofrecer préstamos, porque de alguna manera tenían la seguridad de que la deuda ya existente se pagaría rápidamente, e incluso si hacían nuevos préstamos, estos serían saldados sin problema alguno (Urzúa, 2007).

Algo muy importante que Urzúa no menciona, es que a pesar de que los recientes descubrimientos petroleros representaban un cambio para nuestro país en el ámbito de la economía, este producto había empezado a abarataarse desde hace ya algunos años (1972) y aunque se contaba con estas nuevas reservas, no fueron suficientes para sacar al país de los problemas económicos a los cuales se enfrentaba (Cepeda, 2012). Para el año de 1981 la deuda se había disparado llegando a 20,000 millones de dólares, debido a la incapacidad del pago y como consecuencia a esto, los intereses cada vez eran mayores, llegando a un endeudamiento extremo.

Miguel de la Madrid Hurtado, inicia su gobierno (1982 - 1988) con una gran deuda, que tendía a ir creciendo a un ritmo muy acelerado, con esta situación, además de la devaluación de la moneda que ya se había dado en dos ocasiones, la crisis se agudizaba aún más, por lo que para este momento, la única solución era seguir solicitando préstamos al Grupo del Banco Mundial, siendo negados debido al incumplimiento en los pagos anteriores.

Durante este sexenio, la situación para México era desalentadora, debido a la gran deuda que se tenía, además de la negación por parte del Grupo del Banco Mundial para la concesión de nuevos préstamos, por lo que este organismo propone a los países, la privatización o venta de empresas públicas, debido a que se consideraba que el Estado no estaba en situación para seguirlas manteniendo (Cepeda, 2009). Se estableció que podrían ser privatizadas de una forma total o parcial, es decir la venta o traspaso de algunas partes de éstas, manteniéndose bajo propiedad del Estado o la venta de su totalidad.

Otra propuesta que se hace durante este sexenio, es la liberación de precios, es decir que los productos que entraran al país, podrían venderse a precios mucho más económicos, de esta manera los proveedores tendrían la libertad de establecer los costos como mejor les conviniera, de acuerdo a su economía. Para dar cumplimiento a dicha propuesta México se incorporó al Acuerdo General de Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT), un acuerdo firmado en el año de 1947, por 23 países en el que se establecían las condiciones para las exportaciones entre sus miembros incluyendo la disminución y estabilidad de aranceles, llegando a acuerdos que favorecieran a todos los involucrados.

Durante gobierno de Miguel de la Madrid, se propusieron nuevas iniciativas, pero no se lograron implementar por completo, fue con el gobierno de Carlos Salinas (1988 - 1994), que inician una serie de cambios en la economía mexicana que responden a las nuevas propuestas que el Grupo del Banco Mundial y otros organismos, con la finalidad de seguir ofreciendo solvencia económica a los países de América Latina, a este proceso se le denominó; periodo de ajuste estructural, que consiste en una estrategia de transformación, para poner a funcionar las economías de los mercados de una forma competitiva.

Estas iniciativas que formarían parte del ajuste estructural, se propone en una conferencia llevada a cabo en el año de 1989, en el Instituto Internacional de Economía, en el que John Williamson, profesor de dicho instituto, presentó una serie de reformas que consideraba eran necesarias para reestablecer el crecimiento económico en América Latina, a este documento se le denominó “Consenso de Washington”. En esta reunión participaron economistas, representantes de los organismos internacionales, quienes llegaron a un acuerdo sobre cuáles serían las políticas prioritarias que los Estados Latinoamericanos deberían poner en marcha para reestablecer su economía.

En el Consenso de Washington, se establecen recomendaciones que los países Latinoamericanos deberían acatar a cambio de futuros préstamos, además de que con estos podrían restablecer su economía y el pago de su deuda. De esta manera se sugiere la reordenación de las prioridades del gasto público, *llevándose a cabo a partir del recorte al gasto público para reducir el déficit presupuestario sin recurrir a los impuestos* (Martínez, Soto, 2012 pág. 47). Tal reorientación afectaría de manera directa a empresas paraestatales ya que su presupuesto sería disminuido, asignándolo únicamente a sectores sociales específicos, que se consideraran prioritarios.

Otras de las recomendaciones que se hicieron fue la *“liberalización del comercio considerada como una política orientada al exterior, por lo que se proponía que el sistema de permisos de importación debería reemplazarse sin tardanza por aranceles, de igual forma la importación de insumos necesarios para la producción, deberían liberarse inmediatamente”*, lo que representaba para los países una forma tanto de adquirir insumos como de exportar los propios hacia otros lugares (Martínez, Soto, 2012, Pág. 47).

Las privatizaciones son parte de las propuestas hechas en el Consenso de Washington, *lo que se pretendía era aliviar el presupuesto del gobierno a partir de la privatización de empresas paraestatales; una vez iniciado este proceso se liberarían una gran cantidad de recursos que se destinarían a áreas de carácter social.* Además de esta iniciativa, se propone un cambio en el papel del Estado, especificando que *los gobiernos deben disminuir al Estado a su mínima expresión y dejar en manos del sector privado la mayor parte de su gestión aun cuando se trate de “servicios universales” (como el acceso al agua potable o la electricidad).* *El Estado debe ser un mero facilitador de los negocios del sector privado* (Martínez, Soto, 2012, Pág, 48).

Estas son algunas propuestas plasmadas en el Consenso, que tenían que ser acatadas por los países Latinoamericanos, para cumplir con el pago de su deuda, además de poder conseguir futuros préstamos. En México, para responder a dichos planteamientos, el Estado planteó llevar a cabo cambios en los sectores sociales, pretendiendo la privatización de las empresas públicas además de retirar la función del Estado (Spicker, Álvarez, Gordon, 2009).

Otra de las medidas establecidas fue la liberación comercial, es decir se permitiría la libre exportación e importación de productos, lo que en un primer momento representó un gran avance para la distribución de productos internos, a pesar de ello, también significó el cobro de aranceles para poder entrar a otros mercados además de que los productos que entraran al país, podrían venderse a precios económicos incluso que los que se comercializaban aquí mismo, de esta manera cada uno tenía la libertad de establecer los costos como mejor les conviniera de acuerdo a su economía (Toussaint, 2004).

Estas primeras modificaciones estaban enfocados a cambiar el sector económico de cada país, beneficiando principalmente a las grandes potencias como Estados Unidos, Japón y Alemania, que son quienes comercializarían una gran cantidad de productos hacia otros países estableciendo sus propios precios, sin importar que afectarían a los mercados locales y de esta manera podría tener el control sobre todos los países.

En general, en nuestro país, estos cambios propuestos para el periodo de Ajuste Estructural, se hicieron muy evidentes durante el gobierno Carlos Salinas de Gortari (1988 - 1994), que

fue un periodo en el que se implantaron la mayoría de las políticas económicas iniciando con la privatización de empresas públicas como algunas minerías, bancos y fábricas (Figura, 7). En particular Teléfonos Mexicanos (TELMEX), fue una de las empresas privatizadas con mayor número de empleados, pasando su administración a manos de Carlos Slim⁶, para llevar a cabo esta venta, fue de gran importancia, llegar a acuerdos entre la administración de TELMEX, los grupos de empresarios, el sindicato de trabajadores y el público en general, argumentándose, que el Estado no necesitaba deshacerse de compañías que generaban pérdidas para volverlas eficientes y efectivas (Clifton, 1999).

En la actualidad se han hecho críticas en torno a las privatizaciones en particular de la telefonía ya que se considera que en el sector de telecomunicaciones está muy rezagado y aunque tiene un gran poder sobre el mercado y ofrece muchos beneficios, éstos no se reflejan en los costos para los consumidores.

Las privatización se llevaron a cabo de diferentes formas, algunas fueron vendidas en su totalidad a un solo dueño, como el caso de TELMEX, otras sólo de forma parcial manteniendo la gerencia en manos del Estado y algunas más pasaron parte de sus propiedades a nuevos socios del sector privado, provenientes de empresas tanto nacionales como trasnacionales, de esta manera de aproximadamente 1,152 empresas paraestatales que había en 1982, para el año de 1993, se registraban 210 (Ramírez, 2013).

⁶Carlos Slim Helú; Magnate mexicano, 1940, fundador del Grupo Carso, considerado como el hombre más rico del mundo en los años 2010, 2011 y 2012 (www.biografias.com).

Figura 7. Privatización de empresas con mayor número de empleados

<i>Compañía</i>	<i>Número de Empleados</i>
Teléfonos de México	51 126
Bancomer	37 041
Banamex	31 385
Mexicana de Aviación	13 027
Impulsora de la Cuenca del Papaloapan	3 617
Astilleros Unidos de Veracruz	2 988
Compañía Minera de Cananea	2 973
Compañía Real del Monte y Pachuca	2 416
Dina Camiones	1 678
Tabamex	1 259

Fuente: Ramírez, R. (2013). *Privatización, fusiones y adquisiciones: las grandes empresas en México*. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

Otro de los cambios impulsados durante el gobierno de Carlos Salinas, que responden a dichas iniciativas fue la liberación comercial, asiéndola efectiva a través de la firma del Tratado de Libre Comercio (TLC) con Estados Unidos y Canadá en el año de 1993, entrando en vigor en el año de 1994 (Arámbula, Corona, 2008). La apertura comercial significó para el Estado una oportunidad de entrar a los mercados internacionales con la exportación e importación de nuevos productos, a pesar de que la entrada y salida de mercancía hacia otros lugares ya era un hecho desde años atrás, en esta ocasión sería con países de primer mundo que contaban con el mercado más grande (Lawrence, 2009).

Estos cambios que se llevaron a cabo en nuestro país fueron el resultado de las nuevas condiciones que dictó el Grupo del Banco Mundial y que los representantes del gobierno ponían en marcha para cumplirlas, llevando a cabo modificaciones en diferentes sectores, de manera que respondieran a lo que este organismo proponía, así las privatizaciones las firmas de tratados comerciales con otros países siguieron formando parte de las políticas establecidas por el Estado.

En México, la situación ha ido cambiando, ya que en el afán de buscar un crecimiento en la economía, lo único que logró fue un hundimiento casi total de nuestro país, ya que en la actualidad nos encontramos frente a una deuda impresionante, que alcanza los 257 mil

millones de dólares (Urzúa, 2000) casi imposible de saldar, a cambio de esto tenemos que adaptarnos a las imposiciones del Grupo del Banco Mundial, que sin duda alguna tiene repercusiones en el ámbito social.

La relación que ha habido con el paso del tiempo entre el Grupo del Banco Mundial y México, sin duda responde a los préstamos económicos que se han hecho para nuestro país, sin embargo, esto ha dado pie a que este organismo internacional pueda inmiscuirse en sectores no solamente económicos sino también en los sociales, incluyendo la salud dándole un enfoque hacia lo privado, estableciendo lineamientos en este sector, de los cuales se hablará en el apartado siguiente.

4.4. Políticas en salud del Grupo del Baco Mundial

Una vez hablado a grandes rasgos sobre el Grupo del Banco Mundial y su funcionamiento, así como de la relación que ha habido entre esta institución y México, en este apartado se pretende mencionar las políticas en salud que este organismo ha propuesto a cambio de conceder préstamos a nuestro país, en general son recomendaciones que se hacen a nivel internacional y que cada uno de los países asume y pone en marcha de la manera que crea conveniente.

El Grupo del Banco Mundial, es un organismo que con el paso del tiempo ha tenido una estrecha relación con diversos países y específicamente con el nuestro ya que concedió préstamos en apoyo a diferentes sectores, pero debido a los múltiples cambios sociales y económicos, como la devaluación de la moneda, la mala administración de los gobernantes y el mal aprovechamiento de los recursos para la industria, no se ha podido llegar al pago de la deuda, sino por el contrario, ésta ha ido en aumento.

A pesar de que este organismo establecía formas de pago y recuperación de sus préstamos, el hecho de que la mayoría de los países no pudieran cubrir con sus deudas y que al mismo tiempo tuvieran que requerir de más ayuda financiera, permitió a esta institución establecer nuevos lineamientos en ámbitos sociales y económicos, en esta ocasión nos referiremos a las políticas establecidas para el área de la salud, que forma parte del sector social.

Los representantes del Grupo del Banco Mundial realizaron una serie de lineamientos en salud para todas las naciones, cuyo principal objetivo ha sido disminuir el papel del Estado como ente regulador para los servicios de salud, dirigiendo sus políticas hacia la privatización (Noy, 2013). En este sentido el BM ha emitido informes en los que ha plasmado los cambios que pretende hacer en el sector salud, no sólo de México sino de muchos otros países.

En 1975 el Grupo del Banco Mundial publica un primer informe “Health Sector Policy Paper” en el que plantea la idea de vincular el desarrollo económico con el mejoramiento de la salud, propone dos opciones; la primera es incorporar los beneficios al sector salud dentro de los préstamos ya existentes a los países y la segunda hacer préstamos exclusivamente para el sector salud, en esta ocasión se optó por su primera opción, argumentando que si se realizaban préstamos solamente al sector salud, los costos de dichos servicios serían elevados, mientras que si se incluían dentro de los préstamos ya concedidos, los servicios de salud serían más accesibles. De esta manera se pretendía brindar apoyo a los servicios sanitarios de bajo costo, autorizando así su primer préstamo en 1976, a Brasil destinado al sector de nutrición (Noy, 2013).

En 1980 el Grupo del Banco Mundial optó por su brindar apoyo directamente al sector salud, creando así un segundo informe “Health Sector Policy Paper” proponiendo políticas enfocadas a brindar servicios básicos de salud, principalmente a zonas rurales y suministrar los medicamentos esenciales para determinadas enfermedades, planificación familiar, control de enfermedades, además de contribuir con la infraestructura para brindar dichos servicios, hasta este momento las políticas estaban encaminadas a ampliar la atención médica de primer nivel, es decir, los que generaban bajos costos.

Esta es una propuesta que aparentemente busca mejorar la situación de salud de la población de comunidades rurales y de bajos recursos; a partir de este momento se plantea la reorientación de las políticas desde un enfoque neoliberal, iniciando con la creación de servicios de salud focalizados únicamente a algunas áreas, así como un fortalecimiento del principio de pobreza, todo ello en detrimento del derecho a la protección integral de la salud.

Las políticas de salud planteadas en este segundo informe por el Grupo del Banco Mundial, aparentemente estaban elaboradas para contribuir al mejoramiento de la salud de la población de todos los países, pero a su vez establecía que el gasto en salud y educación son importantes, no solamente para dar una equidad, sino porque podría ayudar a reducir la pobreza, lo que sería beneficioso para el crecimiento económico debido a la conveniencia de trabajadores educados y sanos (Noy, 2013). Estos primeros lineamientos a pesar de que apuntaban al mejoramiento de la salud, tenían una doble estrategia por un lado apoyar los servicios de salud y por el otro aseguraba una población sana para que contribuyera a la economía de los países.

Desde este momento se marca aún más en el sistema de salud la segmentación de los servicios, reafirmando que el acceso no sería de forma universal sino más bien de forma focalizada, además de que se da un giro hacia los servicios básicos a pesar de la prevalencia de enfermedades crónicas en la población.

Las políticas del Grupo del Banco Mundial han sido expuestas en diferentes informes a lo largo del tiempo, uno de los más conocidos es el denominado “Invertir en Salud”, publicado en 1993, con la supuesta intención de analizar las políticas sanitarias en relación con el desarrollo económico y en donde también se mencionan los lineamientos para el sector salud que propone dicha institución como un medio para conceder préstamos a todos los países. Este informe se ha considerado como el documento más logrado en el rediseño neoliberal de lo social, toda vez que sintetizaba las experiencias alcanzadas hasta ese momento en el desarrollo de las políticas privatizadoras, a la vez que redefinía las tareas de los Estados, las agencias privadas y los individuos en el campo de la salud (Tetelboin C., 2013).

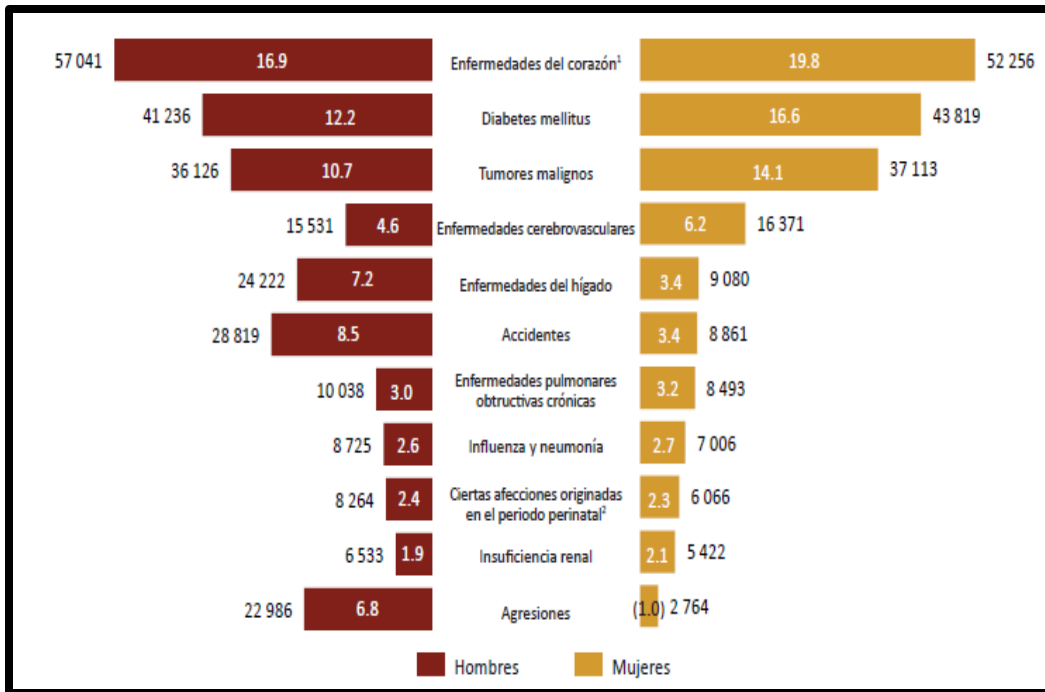
Invertir en salud, es un informe que habla sobre el desarrollo mundial en salud, en el que se analizan la interacción entre la salud humana, las políticas sanitarias y el desarrollo económico. Desde esta perspectiva, el BM en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se plantean reformas en cuanto a las políticas sanitarias bajo el argumento de que así “se tendrán vidas más largas, saludables y productivas para todo el mundo y en especial para los pobres” (Banco Mundial, 1993).

El informe inicia con un análisis sobre los sistemas de salud mencionando principalmente cuatro de las deficiencias de éstos. En primer lugar, se aseguraba que hay una **asignación equivocada de recursos** ya que *se gastan fondos públicos en intervenciones de salud de escasa eficiencia en función a los costos (Invertir en salud, 1993, pág. 3) pudiendo utilizar el dinero en acciones que ayuden a mejorar en mayor medida la salud de las persona.*

De acuerdo con el Banco Mundial, para la década de los 90`s se identificaba, particularmente en América Latina, un panorama de sistemas de salud un tanto deficiente, ya que los recursos se asignan inapropiadamente, asignando una buena parte a enfermedades muy costosas, es decir las del tercer nivel, aquellas patologías que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología como la diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón entre otras. Se considera que el hecho de invertir en este sector es equivocado debido a que se gasta mucho y las personas tienen una mejoría mínima, por lo que deben usarse más recursos para el primer nivel de atención que incluyen las necesidades de salud básicas, la prevención y la promoción de la salud.

En la actualidad un gran sector de la población se encuentra padeciendo enfermedades que se clasifican en un tercer nivel, tan sólo para el año 2012, las principales causas de muerte fueron por enfermedades de corazón y diabetes, tal y como se muestra en la figura 8 (INEGI, 2012), por lo que es importante mencionar que no es reasignando los recursos a otros sectores del sistema como se resolverá dicha situación, sino implementando políticas innovadoras con las cuales se busque modificar el entorno y disminuir las condiciones que provocan dichas enfermedades, el primer nivel de atención, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud son sectores esenciales del sistema, así también se deben tomar en cuenta las enfermedades presentes y buscar una solución global.

Figura 8. Defunciones registradas según la causa de muerte y según el sexo, 2012



Fuente; INEGI. (2013). *Mujeres y hombres en México 2013*.

En segundo lugar, el informe hace referencia a la **desigualdad en el acceso a los servicios de salud** es otra de las situaciones a las que se enfrentan los sistemas de salud en los países, tomando en cuenta que *los pobres son los que tienen un menor acceso a los servicios básicos de salud. El gasto público en salud beneficia en medida desproporcionada a los que están en mejor situación económica en forma de asistencia gratuita o por debajo del costo en modernos hospitales estatales de nivel terciario (Invertir en salud, 1993, pág. 4).*

Esta es una situación presente en la mayoría de los países, desafortunadamente son las comunidades más pobres las que tienen menores posibilidades de acceder a los servicios de salud, ya que como sabemos los sistemas de salud se encuentran organizados de manera que brinden seguridad social principalmente a derechohabientes, por lo que de alguna forma se debe garantizar el acceso efectivo a una atención médica de calidad.

La ineficiencia es el tercer problema presente en los sistemas de salud, especificando que *los recursos se desperdician en la compra de productos farmacéuticos de marcas registradas, en lugar de invertir en productos genéricos, lo que provoca la falta de*

medicamentos, además de otros faltantes como camas y equipos médicos (Invertir en salud, 1993, pág. 4) lo que hace que los hospitales no funcionen de la mejor manera.

Por último otro aspecto que representa una dificultad para los sistemas es la **explosión de los recursos**, ya que cada vez es mayor el gasto en salud, *utilizando recursos para la compra de tecnologías médicas, pagos de honorarios y tratamientos costosos para un número cada vez mayor de doctores en la medicina general y especialistas (Invertir en salud, 1993, pág. 4)* es importante invertir recursos en especialistas y nuevos tratamientos, ya que actualmente la situación de salud es complicada con las enfermedades crónicas presentes que deben ser atendidas, tal y como lo podemos ver en la figura 8, en donde se muestra que son las enfermedades de mayor complicación las que están formando parte de los primeros lugares en nuestro país.

De acuerdo con el informe, estas cuatro problemáticas en su conjunto, hacen que los sistemas de salud, sean instituciones de mala calidad que ofrecen servicios ineficientes e incapaces de responder a las demandas de la población, para disminuirlas el Grupo del Banco Mundial propone tres políticas encaminadas a mejorar la salud (Cuadro 4), la primera se refiere a **fomentar un entorno que permita a las unidades familiares mejorar su salud**, debido a que *estas son determinantes de las condiciones de salud de la población, pero se ven cortadas por los niveles de ingreso y educación de su miembros (Banco Mundial, 1993)*, para dar cumplimiento a este planteamiento, establece **tres estrategias**, estas son la *adopción de políticas de crecimiento económico que beneficien a los pobres, el aumento de la inversión en la educación en particular para las niñas y la promoción de los derechos de las mujeres.*

Con respecto la adopción de políticas de crecimiento económico, se pretende poner en marcha programas de ajuste macroeconómico para aumentar los ingresos a las comunidades más pobres, aunque no se especifica un programa de ajuste integral para lograr esta estrategia, se pretende iniciar con la racionalización del gasto público. Se considera que el hecho de tener un mayor ingreso permitiría que la población reasigne una parte de sus recursos a otras actividades que contribuyan al mejoramiento de su salud, sin embargo, esto no será un gran aporte para la solución del problema, más bien sería cambiar

las condiciones en las que las personas se encuentran viviendo, ya que de eso depende en gran medida su salud.

También se proponía Invertir en el ámbito de la educación; *las políticas enfocadas a orientar la escolaridad revisten la importancia crucial para promover la salud, las personas con un nivel más alto de escolaridad usan la información sobre la salud con más eficiencia que las que tienen escasa o nula educación; la educación en las niñas y mujeres de las unidades familiares es especialmente beneficiosa ya que son ellas quienes compran y preparan los alimentos, mantienen la limpieza del hogar cuidan a los niños y ancianos e inician el contacto con los sistemas de salud (Banco Mundial, 1993, p. 8).*

Se establece que la educación principalmente para las mujeres es esencial, ya que de ellas depende la salud de un gran sector de la población, iniciando por su familia, por lo que propone que haya una mayor inversión en la educación primaria de niños y niñas, ya que en el futuro, eso ayudaría a mejorar la salud de la población. La promoción de los derechos y las condiciones de las mujeres, es otra de las estrategias que se complementa con la inversión a la educación principalmente para las niñas, garantizando la integridad de la población femenina, que son la base para el cuidado de la salud.

En esta propuesta que hace el Grupo del Banco Mundial, se da por hecho que la salud está en manos de las mujeres y por ende se tiene que asegurar principalmente su educación y protección, además de procurar los ingresos para los pobres. Es muy interesante este punto, ya que las mujeres son una pieza importante que contribuye en gran medida en el cuidado de la salud de su familia, pero la idea de delegar la obligación del cuidado de la salud únicamente a ellas nos es equitativa puesto que debe ser responsabilidad de todos, por lo que la educación en salud tiene que ser universal y el Grupo del Banco Mundial, únicamente propone que haya una mayor inversión en educación principalmente de las niñas que en un futuro serán quienes manejen la información en cuanto al mejoramiento de la salud de la población.

Con respecto al aumento de los ingresos a las comunidades más pobres, se pretende dejar la responsabilidad de la salud a la población, ya que como se menciona en el informe una vez que se tengan mayores ingresos serán ellos mismos quienes asignen una cantidad a

actividades que beneficien su propia salud, siendo una responsabilidad del Estado, el hecho de garantizar no sólo el acceso a los servicios de salud, sino mejorar todas aquellas condiciones que tiene un efecto sobre la salud.

La segunda política planteada, se refiere a **mejorar el gasto en salud**; *para muchos gobiernos, la principal tarea es concentrar sus servicios y atención en compensar las deficiencias del mercado y financiar eficientemente servicios que beneficien en particular a los pobres (Banco Mundial, 1993)*, de esta manera para dar cumplimiento a este planteamiento se proponen **cuatro estrategias**:

La primera se refiere a la **reducción del gasto público** en establecimientos de nivel terciario, formación de especialistas e intervenciones que tienen una mejora mínima en salud en comparación con el gasto, ya que se considera que es una inversión excesiva que no contribuye en gran medida a mejorar la salud de la población.

La segunda estrategia se enfoca *al financiamiento y aplicación de medidas de salud pública encaminadas a la **lucha contra enfermedades infecciosas, la contaminación del medio ambiente y otros comportamientos que ponen en riesgo a la población en general.***

También se *propone el financiamiento y la prestación asegurada de un conjunto de **servicios clínicos esenciales**, que se determinarían tomando en cuentas las condiciones epidemiológicas y los niveles de ingreso. Por último, con la cuarta estrategia la aplicación de medidas de salud pública enfocadas a **invertir en programas de prevención para disminuir las enfermedades infecciosas**, además de mejorar los servicios de salud a través de la **descentralización.***

Con estas propuestas se pretendía garantizar la prestación de servicios básicos de salud pública y asistencia clínica esencial al tiempo que el resto del sistema de salud para autofinanciarse requerirá reformas importantes de dicho sistema y una considerable reasignación del gasto público. Solo mediante la reducción o eliminación de los gastos en servicios clínicos discrecionales⁷ podrán los gobiernos concentrarse en garantizar una

⁷Servicios médicos discrecionales; son aquellos servicios que no están incluidos en el paquete de servicios básicos y son cobrados a partir de desembolso directo de las personas (Noy, 2013).

asistencia clínica eficaz en función de los costos para la población pobre (Banco Mundial, 1993, p.12).

El Grupo del Banco Mundial considera que la inversión en atención médica debía ser menor, ya que se gastan muchos recursos en intervenciones que resultan ser demasiado costosas y de poca efectividad, pero con este establecimiento el sistema de salud quedaría un tanto incompleto porque se le daría prioridad a una sector del sistema de salud, es decir dejaría fuera a la población que ya tiene un padecimiento considerado en el tercer nivel de atención, enfocándose a personas sanas a través de las acciones de salud pública como la prevención.

De igual forma para dar cumplimiento a esta política se pretende establecer programas de Salud Pública y prevención, que son un gran apoyo para el mejoramiento de la salud de la población, a partir de las inmunizaciones y actividades de prevención, en este rubro se deja a un lado a las personas que ya tienen algún padecimiento. Con la propuesta de la descentralización de los servicios de salud, se cree que al dar el poder a las autoridades locales, se tendrá un mayor control en los hospitales y centros de salud, sobre todo en la administración y el seguimiento de los costos, además de que a ese nivel se asegura el funcionamiento de los programas de salud pública que se pretenden implantar.

La tercera política que establece el Grupo del Banco Mundial en su informe, *es **promover la diversidad y la competencia**; el financiamiento estatal de medidas de salud pública y de un conjunto de servicios clínicos esenciales definido a nivel nacional harían que el resto de la asistencia clínica se **financiara** privadamente o mediante seguros sociales en el contexto de los marcos de políticas establecido por los gobiernos (Banco Mundial, 1993), para esto se proponen **tres estrategias**, la primera es la inclusión de seguros sociales privados para cubrir la asistencia clínica que no abarque con los servicios ofrecidos en las instituciones, se alienta a los proveedores tanto públicos como privados a competir en la prestación de sus servicios.*

La segunda, se refiere a alentar a los proveedores a la libre competencia en la prestación de servicios clínicos y el suministro de insumos como los medicamentos a todos los servicios de salud, tanto públicos como privados. La tercera estrategia, está enfocada a generar y distribuir información sobre el desempeño de los proveedores de los servicios, los equipos, los medicamentos, los costos y la eficiencia de los servicios en los establecimientos, para que la población tome una decisión con respecto a los servicios que quiere recibir.

El establecimiento de programas de servicios clínicos esenciales se basa en que *los gobiernos deben reforzar esfuerzos y avanzar en lo referente a medidas de salud pública prometedoras, es necesario que se intensifiquen programas para ampliar las inmunizaciones, la prioridad de los gobiernos deberían ser el tratamiento con medicamentos pocos costosos y sumamente eficaces (Banco Mundial, 1993, p. 9).* Esta propuesta se centra en la idea de que debe invertirse menos en servicios clínicos, y que una parte de recursos sea para los programas de salud pública y la otra para los servicios clínicos esenciales, lo que se pretende lograr es reducir los costos de atención médica, ya que aquí no se incluyen las intervenciones que implican una mayor complejidad, que son denominadas asistencia discrecional, sin embargo si alguna persona requiere de una atención que se encuentre fuera de los servicios clínicos esenciales, tendrá que pagar de forma directa por su intervención o utilizar su seguro privado, de acuerdo a su nivel de ingresos.

Otro aspecto de esta política, es que intenta promover la compra de seguros médicos privados, ya que al padecer de alguna enfermedad que no se encuentre dentro de dicho paquete, tendrán que utilizar el pago directo de bolsillo o la utilización de los seguros privados.

Estas políticas (Cuadro 4) están enfocadas al ámbito meramente económico, en general en este punto se nota la verdadera esencia de invertir en salud, ya que se pretende alentar a los servicios tanto públicos como privados a participar en una competencia, de igual forma se propone una menor inversión en la atención clínica esta situación es un tanto preocupante, ya que las personas que sufran alguna enfermedad que no se encuentre dentro del paquete

de intervenciones esenciales, tendrá que pagar por dicho servicios. Se enfatiza los sistemas de salud fragmentados, creando un ambiente de compra - venta de servicios, dividiéndose así en servicios públicos y privados, dándole un mayor peso a la atención médica privada.

Cuadro 4. Políticas en salud, propuestas por el Grupo del Banco Mundial

POLÍTICA	ESTRATEGIA	PUNTOS DE ANÁLISIS
<p>1° Fomentar un entorno que permita a las unidades familiares mejorar su salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adopción de políticas de crecimiento económico que beneficien a los pobres. • Aumento de la inversión en la educación en particular para las niñas. • Promoción de los derechos de las mujeres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se deja el cuidado de la salud únicamente en manos de las mujeres. • Se pretende responsabilizar a la población de su propia salud, principalmente a las comunidades más pobres, a través del aumento de sus ingresos.
<p>2° Mejorar el gasto público en salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del gasto público en establecimientos de nivel terciario, formación de especialistas e intervenciones que tienen una mejora mínima en salud en comparación con el gasto. • Financiamiento y aplicación de medidas de salud pública encaminadas a la lucha contra enfermedades infecciosas, la contaminación del medio ambiente y otros comportamientos individuales. • Financiamiento y la prestación asegurada de un conjunto de servicios clínicos esenciales. • Aplicación de medidas de salud pública enfocadas a invertir en programas de prevención para disminuir las enfermedades infecciosas, además de mejorar los servicios de salud a través de la descentralización. 	<ul style="list-style-type: none"> • Con la reorientación del gasto público, se dará prioridad a un sector de la población. • Dar una menor prioridad a enfermedades de tercer nivel, porque generan gastos excesivos. • Con la implementación del paquete de servicios esenciales, no se cubrirá la totalidad de las enfermedades. • Con la descentralización, se tendrá un mayor control en las unidades médicas.
<p>3° Promover la diversidad y la competencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión de seguros sociales privados para cubrir la asistencia clínica que no abarque con los servicios ofrecidos en las instituciones. • Alentar a los proveedores a la libre competencia en la prestación de servicios clínicos y el suministro de insumos médicos. • Generar y distribuir información sobre el desempeño de los proveedores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se promueve la utilización de los gastos de bolsillo, para el pago de las enfermedades que no se encuentran dentro del paquete de intervenciones. • Únicamente podrán acceder a atención médica de tercer nivel las personas con capacidad de pago. • Enfatiza en los sistemas de salud fragmentados. • Se crea un ambiente de compra - venta de servicios.

Fuente: Banco Mundial. (1993). *Invertir en Salud Indicadores del Desarrollo Mundial*.

Las políticas del BM, han sido muy claras y es que el hecho de invertir específicamente en el sector salud es una oportunidad para generar recursos y que de esta manera los países contribuyan no solamente al pago de su deuda, siendo unas de las condiciones para seguir consiguiendo préstamos, además de generar un ambiente de total control sobre éstos y así asegurar la economía de las grandes potencias que son prácticamente quienes regulan las instituciones de este organismo, de esta manera el hecho de invertir específicamente en el sector salud, garantiza mayores ganancias que contribuyan al pago de la deuda (Noy, 2013).

Con estos lineamientos, se sientan las bases para el establecimiento de sistemas de salud deficientes que lo único que buscarían es una remuneración a costa de los servicios brindados y que asegurara una población económicamente sana, todo esto es comprensible si se toma en cuenta que el Grupo del Banco Mundial establecía que los mercados eran la mejor forma para la distribución y recuperación de los recursos teniendo a la privatización de las empresas estatales, como principal estrategia para lograrlo (Noy, 2013).

Estas son estrategias que ya se venían planteando, centrándose en la inversión para los servicios de salud y de alguna forma aparentando un acceso a la totalidad de la población, como se puede ver, este acceso sería limitado, para el sector de la población de bajos recursos solo cubriría algunas enfermedades y para los que tiene mejores ingresos, podrían pagar los servicios de acuerdo a su capacidad de pago.

Finalmente cabe mencionar que las políticas establecidas por el Grupo del Banco Mundial, se centran en ver a la salud como un negocio, en el informe “Invertir en Salud” se menciona que se tiene que sacar el mayor partido posible del dinero gastado en salud (Banco Mundial, 1993), aunque se plantea un interés por la salud de la población, lo que se pretende es asegurar la economía de los países y de esta manera tener un control sobre todos los sectores en cada país.

El sector salud es sólo un sector en el que el BM, puede inmiscuirse a cambio de conceder préstamos y si tomamos en cuenta algunos otros sectores como la educación, la industria y la producción agrícola, podemos darnos cuenta de que esta institución tiene un control casi

en su totalidad de los países, invirtiendo una cierta cantidad para después obtener mayores ganancias con los intereses.

Con estos tres apartados, se puede identificar una de las instituciones que más influencia tiene en los sectores económico, político y social que sin duda ha marcado cambios evidentes en muchos países y sobre todo en el ámbito de la salud, aunque no se puede dejar de lado que el beneficio se centra en los países que regulan a este organismo y con el afán de ejercer un control sobre todos los países acreedores, han impuesto condiciones que tendrán que cumplir como parte de un compromiso para poder concretar el pago de su deuda.

Sin duda algo que empezó como una promesa de ayuda a los países afectados por la Segunda Guerra Mundial, se convirtió en un gran negocio, sobre todo para Estados Unidos que es quien controla en su mayoría al BM concediendo préstamos a todos los países, a cambio de muchas condiciones a las que los gobiernos han tenido que apegarse para seguir manteniendo disponibles los recursos económicos de estas instituciones.

Algo muy importante es que todos los lineamientos que establece el BM, no responden al concepto real de una políticas en salud, donde se establece que éstas están dirigidas a promover, el bienestar de la población de una forma integral, donde se incluya no solamente la prevención, sino también la promoción y todos los niveles de atención a la salud, por el contrario, se intenta mantener un sistema fragmentado.

CAPÍTULO V. EL SEGURO POPULAR DE SALUD

En el capítulo anterior se abordó la relación que México ha tenido con el Grupo del Banco Mundial y de cómo este organismo implementó políticas en salud que fueron puestas en marcha en nuestro país. En este capítulo se aborda el caso específico del Seguro Popular de Salud, como brazo operativo de la protección social en salud que forma parte de las políticas implementadas por el Estado mexicano; se analizan sus componentes operativos y su correspondencia con los lineamientos en salud establecidos por el Banco Mundial.

En un primer apartado se caracterizan los aspectos más relevantes de la tercera generación de reforma del sistema de salud en México. Posteriormente, se describen los orígenes del Seguro Popular de Salud, los servicios que ofrece, su financiamiento, así como la afiliación a sus servicios.

Finalmente se realiza un análisis crítico y comparativo en el que se justifica en qué medida los componentes de financiamiento y de provisión de servicios del Seguro Popular de Salud, responden a los lineamientos en salud que plantea el Grupo del Banco Mundial.

5.1. Veinte años de reformas en México

La tercera generación de reformas del sistema de salud, es uno de los resultados de la estrecha relación que se fue dando entre México y el Grupo del Banco Mundial. Como ya se mencionó en el capítulo anterior, ésta se fue dando de una forma gradual, iniciando con préstamos que aparentemente podrían ser cubiertos de forma total, pero debido a los múltiples cambios económicos como la devaluación de la moneda, la caída del precio del petróleo y el aumento de las tasas de interés, todo esto aunado, a la mala administración por parte de nuestros gobernantes, llevó a nuestro país a aceptar las condiciones para seguir obteniendo préstamos. Dentro de las condiciones que el Grupo del Banco Mundial propuso, se encuentran las que están dirigidas a los sectores sociales, como el de salud.

Esta reforma, es una de las consecuencias obtenidas por los múltiples factores económicos y sociales, teniendo como principal objetivo la disminución de la participación del Estado, inició aproximadamente en 1983 y se ha prolongado hasta la fecha. Desde el enfoque de “Financiamiento Justo”, algunas instituciones como la Fundación Mexicana para la Salud

(FUNSALUD) y la Secretaría de Salud, argumentan que este proceso se llevó a cabo debido a que el sistema de salud estaba en una situación inestable y a pesar de todos los esfuerzos que se habían hecho en años anteriores para mejorar la situación, seguía existiendo una gran inequidad en los servicios e ineficiencia en la utilización de los recursos (Lechuga, Vieyra, 2014). Se consideraba que había escasez de medicamentos en las unidades médicas, debido a las limitaciones presupuestales por los recursos asignados a este sector, por lo que constantemente se exponía a la población a pagos de bolsillo, dichas situaciones empezaron a hacerse notorias desde la segunda generación de reformas.

De acuerdo con FUNSALUD, otros aspectos por los que se llevaron a cabo cambios en el sistema de salud, fue que se pretendían atacar de raíz ciertas problemáticas que afectaban desde los primeros años de su creación, ya que se estimaba que había un bajo nivel de gasto en salud, una asignación de recursos equivocada entre los asegurados y los no asegurados, afirmándose que la contribución estatal era desigual para financiar los servicios de salud en estos dos sectores, además de la insuficiencia de inversión para la infraestructura de los servicios de salud, que en su conjunto hacían un sistema de salud, ineficiente e inequitativo (FUNSALUD, 2012).

En términos formales, los motivos por los que se argumenta que se llevó a cabo la tercera generación de reformas, giran en torno a las problemáticas antes mencionadas traídas de la primera y segunda generación de reformas, que afectaban a la población en general, tanto los derechohabientes como los no asegurados a la Seguridad Social; además de que se consideraba que el sistema de salud era un organismo incapaz de cubrir con las necesidades de la población, debido a sus deficiencias en el aspecto de la infraestructura, la economía y la calidad de los servicios, lo que provocaba gastos por parte de la población (FUNSALUD, 2012).

Teóricamente, por un lado se plantea que esta generación de reformas se diseñó con la finalidad de atender los cinco desequilibrios financieros: el bajo nivel de gasto general de salud, el predominio de gasto de bolsillo, la asignación desigual de los recursos públicos entre los asegurados y no asegurados, la contribución estatal desigual al financiamiento de los servicios de salud y la insuficiencia de inversión en la infraestructura de salud (Ruiz, 2004).

Por otro lado, algunos críticos mencionan que la salud era una exigencia de los ciudadanos debido a la inclusión del derecho a la protección a la salud en la Constitución Política. De acuerdo con Assa Cristina Laurell (Investigadora médica), el Estado tenía que resolver el problema de la cobertura de los servicios para dar garantía a este derecho, porque aunque ya estaba plasmado en la Constitución, no se le daba cumplimiento debido a que no toda la población accedía de la misma forma (Laurell, Herrera 2010). Esta situación no aseguraba que la atención salud cambiara para beneficio de las personas, ya que el gobierno Estatal, tenía intereses de fondo para llevar a cabo modificaciones en el sistema de salud, sobre todo en el ámbito del financiamiento.

Como respuesta a las problemáticas del sistema de salud, se proponen cambios significativos, en primer lugar la reforma al IMSS que inicia desde el año de 1997; la creación del Seguro Popular de Salud (SPS), que inicia su fase de prueba desde el año 2001 en algunos estados, poniendo se en marcha en el 2004; y la reforma al ISSSTE en el 2007 (Soberón, 2001). Actualmente se ha dado continuidad con la reforma neoliberal que, a través de una propuesta demagógica, enmascara la privatización detrás de la creación de un Sistema Nacional de Salud.

En lo que respecta a la seguridad social, particularmente, la reforma del IMSS (1997) y el ISSSTE (2007), se expresó en el rubro de jubilaciones y pensiones, así como con la incorporación del Sistema de Ahorro para el Retiro en el año de 1992 (SAR), un quinto seguro que cubriría el retiro del asegurado (Ruiz, 2004).

Con el SAR, en el IMSS se propuso poner en marcha una forma de ahorro para los trabajadores, bajo la capitalización de cuentas individuales en las cuales ahorrarían recursos a lo largo de su etapa productiva y de esta manera tendrían un seguro disponible en el momento de su retiro, estos fondos sería administrados por el Banco de México y con la posibilidad de poder ser utilizados por el Gobierno Federal. Es importante mencionar que antes de la inclusión de este seguro, el ahorro estaba caracterizado por un sistema de reparto en el que las aportaciones de los trabajadores activos financiaban el pago de las pensiones (Ruiz, 2004), con este cambio se planteaba un ahorro individual.

Con la nueva Ley para los Sistemas de Ahorro para el Retiro, se hicieron modificaciones a la ley del seguro social que estaba vigente desde el año de 1973, en la que se sustentaba un aseguramiento de reparto o fondo común de pensiones colectivas para los trabajadores, es decir, había una cuenta general en la que se encontraban sus recursos y eran administradas por el IMSS. Las contribuciones a dicha cuenta eran de carácter tripartita, en la que había un aporte por parte de empleador, del empleado y de gobierno estatal, teniendo recursos disponibles para su retiro (Ruiz, 2004).

Esta idea de un fondo común de reparto, cambió con la nueva ley del IMSS, ya que se instauró la intervención de las Administradoras de Fondo para el Retiro (AFORE) organismos encargados de administrar las cuentas de los trabajadores, con un sistema basado en la capitalización de cuentas individuales, por lo que se obliga a los trabajadores a crear una cuenta en donde se depositan sus cotizaciones, siendo administradas por las AFORE.

En este marco se difundió un discurso en que se aseguraba que con la intervención de las AFORE, se permitiría a los trabajadores asegurar sus recursos de una forma individual para su disposición en el momento de requerirlo, también se argumentaba que los fondos de las cuentas individuales podrían ser utilizados, por un lado, para apoyar al desarrollo económico interno del país (supuesta inversión en actividades productivas), y por el otro, generar supuestos intereses anuales que serían devueltos al momento del retiro de cada trabajador de acuerdo a lo que hayan cotizado (Ruiz, 2004).

El hecho de abrir las puertas a las AFORE, es un cambio que afecta a los trabajadores, ya que se les obliga a ahorrar mayores recursos en una cuenta que finalmente será puesta a disposición de una empresa privada, a la que se le permite utilizar los recursos para negociar, teniendo beneficios económicos propios, y deslindando al Estado de sus responsabilidades. Asimismo, este componente de la reforma contribuyó a dismantelar los mecanismos de solidaridad intergeneracional y de redistribución de los ingresos que habían sido el sostén del sistema de salud en el desarrollismo.

La capitalización de cuentas individuales por las AFORE era una forma de justificar la presencia del sector privado dentro de una institución de carácter público en la que no

tendría por qué estar presentes dichas aseguradoras que además de obligar al trabajador ahorrar una determinada cantidad también cuentan con una gran cantidad de recursos provenientes de empleados, proveedores y gobierno federal disponiendo de éste en una forma permanente y a largo plazo, arriesgándose a una pérdida al momento de invertir el capital (Ruiz, 2004).

Con el nuevo régimen de pensiones que se establece en la Ley del IMSS, también se ajustan el tiempo para las jubilaciones, estableciendo que la edad de retiro será a los 65 años, cuando inicialmente era de 53 años, lo que implica un mayor ingreso para las aseguradoras por un mayor tiempo, teniendo en cuenta que el monto de las jubilaciones deberán variar de acuerdo al salario de cada trabajador. De igual manera se especifica que el aporte salarial irá en aumento del 1% durante los dos años posteriores hasta alcanzar el 15% de manera que el ingreso no se reduzca y una vez jubilados, tendrán que cumplir con las mismas condiciones de aportación (biblio.juridicas.unam.com, 2004).

Por su parte, la modificación al sistema de pensiones del ISSSTE, se llevó a cabo en forma similar a la del IMSS, iniciando con la introducción de un mecanismo de contribuciones definidas por la capitalización de cuentas individuales, administradas por las AFORE lo que permitió que cada trabajador se hiciera responsable de las aportaciones realizadas en su cuenta individual. De acuerdo con esta ley el trabajador podría disponer de su monto total acumulado en la subcuenta de ahorro para el retiro cuando se hiciera acreedor a una pensión o jubilación al cumplir los 65 años de edad y en caso de fallecimiento (Yunes, 2009), lo que disminuiría los costos de manejo de las cuentas para el Instituto y el Estado.

La transferencia de los fondos hacia las AFORE, implicó un cambio en la forma de ahorro para el trabajador ya que iría incrementando anualmente (Figura 9), quedando en un 6.125% sobre las contribuciones dependiendo del salario de cada afiliado.

Figura 9. Contribución anual del trabajador

Años	Cuota a cargo del Trabajador
A la entrada en vigor de esta Ley	3.5%
2007	4.025%
2008	4.55%
2009	5.075%
2010	5.6%
2011 en adelante	6.125%

Fuente; Centro de Estudios Sociales y de opinión Pública (CESOP). (2005). *Programa Seguro Popular*.

De igual forma se modificaron los años para la jubilación, lo que en años posteriores irán en aumento tal y como se muestra en la figura 10.

Figura 10. Edad mínima de jubilación

	Trabajadores	Trabajadoras
Al entrar en vigor esta Ley	50	48
2007 y 2008	51	49
2009 y 2010	52	50
2011 y 2012	53	51
2013 y 2014	54	52
2015 y 2016	55	53
2017 y 2018	56	54
2019 y 2020	57	55
2021 y 2022	58	56
2023 y 2024	59	57
2025 y 2026	60	58
2027 y 2028	61	59
2029 y 2030	62	60
2031 y 2032	63	61
2033 y 2034	64	62
2035 en adelante	65	63

Fuente; Centro de Estudios Sociales y de opinión Pública (CESOP). (2005). *Programa Seguro Popular*.

Se argumentó que la reforma al ISSSTE, era necesaria debido a que a partir de estos cambios, se lograría pagar las pensiones a los trabajadores que estaban a punto de retirarse, tomando en cuenta que la institución se encontraba en una situación financiera inestable, por lo que se puede considerar que el principal objetivo lejos de buscar beneficios para los

empleados, era buscar una salida a las problemáticas presentes, esto se refleja al aumento en las contribuciones además de tener que dar más años de servicio para lograr la jubilación.

Las reformas al IMSS y al ISSSTE, son estrategias que han beneficiado al sector privado, ya que de alguna forma se está degradando la participación del Estado, pasando la administración de los recursos de pensiones a manos de organismos privados, cuyo único fin es negociar con los fondos acumulados de los trabajadores, con el riesgo de ganar o perder intereses.

Otro proceso característico de la tercera reforma se centró en la descentralización de los servicios públicos de la Secretaría de Salud en el año de 1996, llegando a un mutuo acuerdo entre las 31 entidades federativas para llevar a cabo dicho proceso. Esta situación generó una reorganización de los servicios públicos descentralizados, ya que la responsabilidad administrativa ahora estaba en manos del gobierno de cada entidad.

Con la descentralización se delegaron las responsabilidades a las autoridades locales, lo que implica que son ellos quienes tendrán el poder de decisión sobre las unidades de salud, asignando los recursos que consideren necesarios para el funcionamiento de este sector, lo que no garantiza un presupuesto fijo ni tampoco adecuado para las necesidades de la población.

Básicamente la descentralización se traduce en un proceso de desfinanciamiento, ya que el Estado se deslinda de la responsabilidad de asignar un presupuesto específico a las entidades federativas para el sector salud, siendo ellas mismas quienes determinen una cantidad de acuerdo a las necesidades de cada lugar. Para ello, se esperaba que cada entidad elaborara un diagnóstico para identificar las necesidades en salud de la población local. Sin embargo, esto no contribuyó a garantizar la protección a la salud, ya que el financiamiento del sector salud ha estado condicionado por la situación socio-económica y la cultura política de cada entidad, y en este marco, el gasto en salud presenta importantes variabilidades y no necesariamente responde a las necesidades de salud poblacional (Homedes, Hugalde, 2005). De esta manera, se ha observado que en entidades que presentan altos niveles de marginación se ha incrementado de manera sostenida los gastos

de bolsillo, lo que significa que la población lejos de ser beneficiada está contribuyendo a la privatización de la salud.

Cabe señalar que la descentralización se concretó en 16 de las 32 entidades federativas, algunas como, Guanajuato, San Luis, Zacatecas, Guerrero, Baja California, entre otras.

Como se ha evidenciado, la tercera generación de reforma marcó cambios tanto en la seguridad social (con la reforma al IMSS y al ISSSTE) como en la asistencia social con la culminación de la descentralización y la propuesta de la creación del Seguro Popular de Salud. Este último mecanismo emergió de una propuesta impulsada por Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD, 2012), como resultado de estudios sobre economía y salud que tuvieron la finalidad de instaurar un sistema que supuestamente permitiría expandir la cobertura en atención a la salud pública, específicamente para la población no derechohabiente.

Con la aprobación de las autoridades de salud, del Congreso de la Unión y con el apoyo de los partidos políticos, se llevaron a cabo modificaciones en la Ley General de Salud, dando origen al Sistema de Protección Social en Salud, teniendo como brazo operativo al Seguro Popular de Salud (SPS) del que se hablará a profundidad en el siguiente apartado. De igual forma, a partir de los cambios normativos se instaura un Consejo de Protección social en Salud como el órgano responsable y con la capacidad para dar opinión sobre el financiamiento de este sistema y proponer medidas para su funcionamiento (FUNSALUD, 20012).

Según los argumentos de FUNSALUD, el Seguro Popular de Salud se crea debido a que se llevaron a cabo estudios en México, en los que se demostraba la incapacidad de las instituciones de salud para cubrir con la seguridad en salud de toda la población, además de que nuevas enfermedades empiezan a surgir y aunado a la gran demanda de la población y a los pocos recursos asignados para el ámbito de la salud, era un grave problema que formaba parte de la realidad de nuestro país.

De esta manera surge el SPS, encargado de dar atención a la población a partir de aseguramiento voluntario y excluyente de la seguridad social. Al mismo tiempo se crean

dos organismos encargados de la administración y compra de servicios que trabajan en conjunto con el Sistema de Protección Social en salud para su funcionamiento, estas son la Comisión Nacional de Protección en Salud (CNPSS) que es quien toma las decisiones y compra los servicios de gastos catastróficos y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), que coordinan al SPS a través de su paquete básico de servicios y es así como se genera una nuevo esquema de salud basado en la compra - venta competitiva de servicios entre estas dos instancias.

Como se ha revisado, la reforma neoliberal de salud que se ha impulsado en las últimas dos décadas involucra a todo el sistema público, es decir, ha tenido un impacto en el sector de la asistencia social y la seguridad social. A pesar de los cambios que el sistema de salud en este periodo, en la actualidad se da continuidad a un discurso y práctica que propone una nueva reforma en salud como parte del proyecto que inició FUNSALUD en el año 2010 denominado Universalidad de los Servicios de Salud.

En esta etapa de la reforma se ha argumentado que el Sistema Universal permitirá lograr una eficiencia en el otorgamiento de los servicios de salud para todos los mexicanos, así como la garantía de una cobertura universal con equidad, lo que supuestamente contribuirá a dar cumplimiento al derecho de protección social en salud. Esta propuesta fue presentada en el año 2012 al presidente de la República, siendo tema de discusión y debate para su aprobación (FUNSALUD, 2014).

Al igual que las reformas en años anteriores, para llevar a cabo este cambio FUNSALUD (2014) a partir de diversas investigaciones, argumenta que es necesario llevar a cabo una nueva etapa de la reforma, debido a que los “servicios son ineficientes”, además de que “no hay una cobertura universal a pesar de los esfuerzos hechos para conseguirlo”, aunado al “pago de bolsillo que no se ha podido eliminar por completo”, hacen que el sistema de salud no cumpla con la garantía del derecho a la protección al que toda la población debe tener acceso. Al respecto, dicha Fundación argumenta:

“Con esta nueva propuesta de reforma se pretende hacer una separación de funciones enfocándose principalmente a la rectoría y al financiamiento, dejando una mayor la función rectora en manos de la Secretaría de Salud siendo quien determine las condiciones

bajos en las que funcionarán las instituciones de salud, además de que el financiamiento estará en manos casi por completo de la población con la creación de un fondo único de salud sustentado en impuestos generales con el que se pretende garantizar el pago de los servicios de la población en general, por lo que el gasto de bolsillo al momento de acudir a los servicios será disminuido” (FUNSALUD, 2014).

Otro cambio que se plantea es la prestación de los servicios a través de las “unidades médicas en redes plurales”, es decir que incluye instituciones públicas y privadas, dando atención por niveles escalonados que van desde la atención primaria hasta padecimientos de tercer nivel (FUNSALUD, 2012). La reforma hace hincapié en las acciones de salud pública dirigidas a la comunidad y al medio ambiente, así como a las acciones encaminadas a la atención primaria que incluyen servicios de prevención, atención médica de rehabilitación, promoción y educación para la salud, siendo parte esencial del sistema y determinando en gran medida la salud de las personas, pero se está dejando de lado la atención a nivel terciario que incluye enfermedades de mayor complejidad, teniendo que pagar a cambio de su atención.

De esta manera, con la puesta en marcha de esta nueva reforma y la creación de un fondo único de salud, se pretende garantizar el acceso a los servicios, dejando la responsabilidad de financiar la salud -cada vez más- en manos de la población a través del aumento de los impuestos, así como mediante el gasto de bolsillo, ya que se no se está proponiendo una estrategia financiera concreta que permita reducir el gasto de los usuarios y sus familiares. De hecho esta propuesta parece tener la intención de concretizar la aspiración neoliberal que se expresa en la mercantilización de la salud. Además dicha propuesta busca facilitar la notable participación de las unidades médicas privadas, que al igual que las públicas se pretende sean financiadas con el fondo único, pero se deja la posibilidad de utilizar otros servicios a cambio de cuotas de recuperación, siendo la población quien elija en cuál de ellas desea recibir los servicios.

La idea de implementar dichos cambios, han sido causa de debates, discusiones e incluso de manifestaciones de inconformidad por parte de la población, se habla de una pronta instauración de dichas modificaciones, sin embargo, aún no se determina la claridad las acciones que se pondrán en marcha. Si bien es cierto, los cambios implantados se perfilan a

seguir deslindando la responsabilidad del Estado, abriendo camino al mercado capitalista y por ende, responsabilizando a la población de su propia salud.

La reforma neoliberal plantea al Sistema de Salud cambios significativos, dichos cambios se desarrollan en momentos de crisis para nuestro país y de cambios estructurales a nivel internacional. Los organismos internacionales que han dictado lineamientos para las reformas defienden un discurso que justifica las transformaciones con miras a garantizar la equidad de sus prestaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. En el siguiente apartado se reflexiona en torno a cómo México es un país en donde el sistema de salud ha aplicado estos lineamientos que responden a los intereses del mercado capitalista, restando importancia a las potenciales implicaciones que han tenido estos cambios en el ejercicio del derecho a la salud, incluyendo las barreras de acceso a servicios que enfrenta la población sin seguridad social.

5.2. Estructura del Seguro Popular de Salud

En este apartado se abordará el caso específico del Seguro Popular de Salud (SPS) que forma parte importante de los cambios hechos al sistema de salud mexicano, durante la tercera generación de reformas, siendo una de las estrategias que se instauró en nuestro país como un medio para dar cumplimiento a las políticas en salud propuestas por organismos internacionales.

5.2.1 Orígenes del SPS

Teóricamente, el Seguro Popular de Salud se ha definido como un instrumento para brindar protección financiera a los mexicanos, ofreciendo una opción con criterios de aseguramiento público en materia de salud a familias y ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social; es una herramienta de trasferencia de subsidios, es decir, aquellas acciones realizadas por parte del gobierno caracterizadas por el apoyo financiero directo o indirecto para ayudar a un sector de la economía; en este caso los fondos se traducen en un paquete básico de servicios médicos al que la población puede tener acceso (CESOP, 2005).

El SPS, surge como una propuesta en FUNSALUD, iniciada por el médico Julio Frenk Mora en el año 2000, un funcionario que ocupó el cargo de Secretario de Salud en el gobierno panista de Vicente Fox, y quien ha estado estrechamente vinculado con la operativización de políticas en salud que son propias de la corriente neoliberal. Este proyecto del SPS estuvo sustentado en estudios de economía y salud hechos por dicha institución, con los que se llegó a la conclusión de que la salud de la población debería mejorar a través de servicios de salud de calidad que ofrecieran protección financiera y equidad en todos los sectores de la población (Gonzales, Barra, col, 2006).

De esta manera el SPS inicia sus operaciones en el año 2001 como un programa piloto impulsado por la Secretaría de Salud, en cinco entidades federativas: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco. Para esta etapa de prueba, los objetivos estaban encaminados a establecer un mecanismo de protección financiera en salud para población sin seguridad social, con la finalidad de crear una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios y disminuir el predominio de gasto de bolsillo. Dicho programa se denominó oficialmente “Programa Salud para Todos” aunque fue conocido comúnmente como Seguro Popular de Salud. Un seguro caracterizado por la aportación económica familiar al momento de su afiliación, según los ingresos de cada una, de esta manera se da paso a la utilización de recursos provenientes de la población, que aunque no son pagos directos en el momento de requerir el servicio, si se considera obligatorio para quienes tienen la capacidad de pago.

En general, el objetivo de este seguro de acuerdo con los argumentos de FUNSALUD se centraba en evitar el empobrecimiento de las familias causado por el aporte del gasto de bolsillo al momento de requerir los servicios clínicos; de esta manera los servicios ofrecidos serían a través de un programa de explícito denominado Catálogo de Beneficios Médicos (COBEME), que cubría 78 intervenciones.

Para su funcionamiento el SPS, tenía un financiamiento bipartita obteniendo aportaciones del gobierno federal a través de la Secretaría de Salud y de las familias, mediante el pago de cuotas de afiliación, yendo en aumento de acuerdo al nivel de ingresos de cada una, se establecieron pagos anticipados, sustituyendo los “pagos directos de bolsillos”, con lo que se pretendía disminuir el riesgo de acudir a gastos momentáneos que lleguen a empobrecer a

las familias. Para realizar la afiliación se tenía que acudir a algún centro de registro en el que se les practicaba un estudio socioeconómico para determinar el nivel de ingresos, además de firmar una hoja en donde se comprometían a pagar la cuota de afiliación que les correspondía (Gonzales, Barra, col, 2006).

Durante este proceso se llevaban a cabo evaluaciones anuales para verificar el desempeño del programa, analizando el cumplimiento de objetivos y metas, fue en noviembre del 2002 después de un año de funcionamiento cuando se envió una iniciativa de reforma al Senado de la República, en la que se proponía incorporar como materia de salubridad general la Protección Social en Salud, así para el 24 de abril de 2003 el senado aprobó el proyecto con 92% de votos a favor. Con esta iniciativa de reforma se modificaron algunos artículos de la Ley General de Salud, pero algo importante es que se incorporó un apartado (Titulo tercero, Bis) en el que se incluyen diez capítulos y 41 artículos, especificando entre otras cosas la definición de la protección social en salud, la población que se beneficiaría, la creación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), el establecimiento del sistema de aportaciones, el cobro de cuotas familiares y la definición de los derechos y obligaciones de los beneficiarios (Secretaría de Salud, 2013).

El SPS como proyecto final fue publicado en el Diario oficial de la federación el 29 de abril de 2004, con nuevas modificaciones, aprobado con un 73% de votos a favor, siendo parte importante de los cambios en el sector salud y en el que se establecieron las bases para la creación de la protección social en salud que tiene como brazo operativo el Seguro Popular de Salud. Como se mencionó en el apartado anterior y de acuerdo con FUNSALUD (2004), el SPS fue creado con la idea de enfrentar los cinco desequilibrios financieros, estos son: el bajo nivel de gastos general de salud, el predominio de gasto de bolsillo, la asignación desigual de los recursos públicos entre los asegurados y no asegurados, la contribución estatal desigual al financiamiento de los servicios de salud y la insuficiencia de inversión en la infraestructura de salud, iniciando formalmente sus operaciones en mayo de 2004.

Con la implementación del SPS a todas las entidades federativas, sus objetivos se ampliaron, ya que ahora no sólo se centraba en disminuir el gasto de bolsillo sino también en el aumento del gasto en salud (cabe señalar que no especificaba si el componente

público o privado), además del gran interés por buscar nuevas fuentes de financiamiento para invertir en infraestructura y en general para poder brindar los servicios a la población.

Además de enfrentar los cinco desequilibrios financieros y enfatizar en el mejoramiento del sistema de financiamiento, el SPS tiene algunos objetivos específicos:

- Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social.
- Crear una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios
- Reducir el gasto privado de las familias afiliadas, evitando el empobrecimiento.
- Otorgar un paquete explícito de intervenciones y medicamentos que corresponden al perfil epidemiológico y a la demanda de los servicios y necesidades de salud.
- Fortalecer el sistema público de salud para reducir la brecha entre las familias derechohabientes de la seguridad social y los que no tienen prestación en materia de salud (SSA, 2003, citado por Contreras, Tetelboin, 2006).

Con estos objetivos se pretendía cubrir con las demandas de la población no derechohabiente, brindando servicios de calidad y accesibles, de esta manera, se consideraba que con estas acciones se estaba dando cumplimiento al derecho a la protección de la salud establecido en el artículo 4º constitucional (FUNSALUD, 2012), en el que se especifica la accesibilidad a la protección a la salud para la población de una forma equitativa.

Con una etapa de prueba que duró aproximadamente dos años, y evaluaciones hechas por el Consejo Nacional de Salud⁸, en apoyo con diferentes organizaciones de vigilancia, finalmente se puso en marcha el SPS, conceptualizado como un “seguro” porque teóricamente otorga la seguridad a las personas de saber que en el momento de enfermarse, no tendrán que preocuparse sobre cómo pagar la atención y los medicamentos y “popular” porque va dirigido al pueblo, a las familias más pobres y a todas las personas que trabajan por cuenta propia y que por lo tanto no están cubiertas por ninguna institución de seguridad social (salud.gob.mx, 2014), enfocándose a la población que se encuentra en comunidades rurales y que por su condición económica no puede acceder a los servicios de salud.

⁸Consejo Nacional de Salud; instancia permanente de coordinación entre la Federación y los gobiernos de las entidades federativas y se constituye como el foro principal para planear, programar y evaluar acciones que fortalezcan el proceso descentralizador (Pérez, 2015).

Para el funcionamiento del SPS, se crearon con ocho principios fundamentales bajo los que tenía que funcionar (Secretaría de Salud 2013) estos son:

- **La universalidad;** se especifica que el acceso a los servicios de salud en las diferentes comunidades debe ser una característica central de los servicios, evitando la exclusión social y promoviendo la igualdad de oportunidades, independientemente del nivel de ingreso, de la condición laboral o del lugar de residencia.
- **Portabilidad nacional;** con esta característica se establece que los beneficios deben ser de una forma igualitaria y en todo el territorio nacional para la población en general.
- **Priorización explícita de intervenciones;** este principio tiene como objetivo utilizar la totalidad de los recursos de salud para beneficiar a todos los sectores de la población, identificando las necesidades de la población y estableciendo criterios para el acceso a los servicios.
- **Prepago de servicios de salud;** es un elemento necesario para promover el financiamiento, eficaz y seguro de la salud.
- **Rendición de cuentas;** es la clave para garantizar que los servicios y el uso de los recursos respondan a las necesidades de la población.

Para vigilar y coordinar el funcionamiento en el ámbito federal se creó la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), un organismo con autonomía técnica, administrativa y operativa para instrumentar las políticas del SPS, así como su plan desarrollo, promoviendo acuerdos con los gobiernos estatales, además de evaluar las estrategias y el funcionamiento, para posteriormente dar información a los ciudadanos. De esta manera, garantiza el correcto cumplimiento de los derechos de los beneficiarios al sistema, además de que se encarga de administrar los recursos financieros (FUNSALUD, 2012).

Para dar cumplimiento a sus objetivos, la CNPSS cuenta con siete organizaciones internas destinando funciones a cada una para el buen funcionamiento del SPS, estas son: la Dirección General de Promoción y Operación, la Dirección General de Gestión de

Servicios de Salud, la Dirección General de Administración y Finanzas, la Dirección General de Coordinación con Entidades Federativas, la Dirección General del Programa Oportunidades y el Titular de Órgano Interno de Control (Secretaría de Salud, 2012).

De igual forma se crearon los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), organismo público cuya función consiste en garantizar las acciones de protección social en salud de acuerdo a lo que establece la Ley General de Salud (Secretaría de Salud, 2004).

5.2.2. Servicios que ofrece el SPS

De acuerdo con documentos técnicos, los servicios del SPS, se dividen en dos: los servicios esenciales, que son aquellos que conforman el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) financiados con recursos que se concentran en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSP) y los servicios de alto costo incluidos en el Catálogo de Intervenciones de Alto Costo, financiado a través del Fondo de protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). En general, todos los beneficios que ofrece este seguro son coordinados por la CNPSS, quien a través de los REPSS en apoyo de los Servicios Estatales de Salud se encargan de garantizar las acciones de la protección social en salud a través del financiamiento principalmente para la promoción, prevención y la atención médico – quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica de calidad para los afiliados (Gonzales, Barra, col, 2006).

El CAUSES es un instrumento de referencia mediante el que se establece un conjunto de beneficios esenciales a los que la población afiliada puede tener acceso. Para determinar el contenido de las intervenciones y los medicamentos que dicho instrumento incluye, se organizaron reuniones con actores estratégicos que buscaron identificar los principales cuadros de enfermedades presentes en el país, con base en este diagnóstico llevaron a cabo una lista de los servicios que el SPS debería cubrir, para responder a las necesidades de la población. Entre los actores participantes estuvieron el CNPSS, específicamente la Dirección General de Gestión de Servicios de salud, en conjunto con las Academias Mexicanas de Cirugía, Pediatría, Dermatología, Neurología y Medicina Prehospitalaria, la Academia Nacional de Medicina, los Colegios Mexicanos de Medicina Interna, de Ortopedia y Traumatología y de Reumatología, la Asociación Dental Mexicana, los

Institutos Nacionales de Rehabilitación, Geriátría y Perinatología y la Sociedad Mexicana de Salud Pública, se reunieron para identificar (Seguro Popular de Salud, 2014).

Algunos criterios que se tomaron en cuenta para la definición del CAUSES fueron: que se deberían incluir acciones de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida, además de tomar en cuenta las necesidades de salud recurrentes solicitadas en los servicios públicos, así como considerar principios de equidad, buscando promover un trato digno y respetuoso.

En el CAUSES se especifica un conjunto de 284 intervenciones explícitas de atención médica mediante la priorización de acciones que responden a las necesidades de la población afiliada, se consideran criterios como costo efectividad, continuidad en la atención, cumplimiento con las normas ético médicas, aceptabilidad social y disponibilidad de infraestructura. De esta manera se clasifican en un conjunto de 6 conglomerados atendidos en unidades de atención ambulatoria, centros de salud y hospitales generales:

- I. Salud pública;** se divide en tres grandes grupos, vacunación para menores de 14 años, vacunación para mayores de 14 años, acciones preventivas y de promoción de la salud. En general, incluye 27 intervenciones dirigidas a los servicios de detección y prevención de enfermedades durante la línea de vida, considerando una serie de acciones en las Cartillas Nacionales de Salud.
- II. Atención ambulatoria;** incluye la consulta de medicina general o familiar y la de especialidad. Para este conglomerado se ofrecen 110 intervenciones que van desde el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades infecciosas y crónicas.
- III. Odontología;** es un servicio que está dirigido a todas las edades de la población con la finalidad de favorecer la formación de hábitos de higiene bucal para la prevención enfermedades dentales, para este grupo se consideran 7 intervenciones de salud bucal como la prevención y eliminación de caries y enfermedad periodontal, la eliminación de focos de infección y abscesos, así como extracción de piezas dentarias.

- IV. Atención en urgencias;** este conglomerado incluye 25 intervenciones que en su momento requieren la atención inmediata para la estabilización, el diagnóstico y manejo terapéutico en la sala de urgencias, o su ingreso a servicios de hospitalización o cirugía.
- V. Atención en hospitalización;** para este conglomerado se destinaron 49 intervenciones que incluyen las patologías que requieren de estancia hospitalaria, el uso de insumos médicos indispensables para su control y estabilización, así como de servicios de terapia intensiva.
- VI. Acciones de cirugía general;** para este grupo se consideran 66 intervenciones que atienden tanto problemas agudos como crónicos, incluyendo los diagnósticos de mayor frecuencia quirúrgica de patologías digestivas, ginecológicas, obstétricas, genitourinarias, oftalmológicas, dermatológicas y ortopédicas, lo que permite manejar hospitalizaciones programadas, con estancia hospitalaria larga o corta.

El CAUSES como un conjunto de intervenciones específicas que van desde la prevención en diferentes grupos de edad, así como la promoción de la salud, en la que se establecen acciones para disminuir y detectar los riesgos para la salud, también incluye una lista de alrededor de 500 medicamentos que los afiliados pueden utilizar, basada en el Cuadro Básico de Medicamentos e Insumos del Sector Salud⁹ (CAUSES, 2014).

Para lograr el abasto de medicamentos que incluye el CAUSES, se propuso un modelo de suministro sustentado en la participación mixta, esta propuesta buscaba fortalecer la intervención de las farmacéuticas en las instituciones públicas y al mismo tiempo aprovechar el suministro de medicamentos provenientes de cadenas privadas. Lo que se planteó fue negociar los pagos y comisiones con los productores, distribuidores y farmacias que permitieran a las familias beneficiadas por el SPS acudir a las farmacias a recibir sus medicamentos, es decir, se le abría la posibilidad a las empresas privadas para la comercialización de sus productos (García, Machado, 2012).

⁹Cuadro Básico de Medicamentos e Insumos del Sector Salud, disponible en: http://www.csg.gob.mx/contenidos/CB2013/cuadro_basico.html

Se estableció un sistema de selección para las unidades que quisieran formar parte de la red de proveedores del Sistema de Protección Social en Salud, haciendo una invitación a todas las farmacéuticas del país a participar en dicho programa, siendo evaluadas y firmando un acuerdo en donde se establecieron los precios, las formas de pagos y el total de medicamentos a surtir (Secretaría de Salud, 2002). Algunas de las unidades seleccionadas fueron:

- LOMEDIC S.A DE C.V.
- HI-TEC MEDICAL S.A DE C.V.
- FARMACEUTICA ALTHOS, S. A. DE C. V.
- BALESSA, S. A. DE C. V.
- HOSPIMEDICA S.A. DE C.V. (www.salud.gob.mx, 2015).

Se planteó que para el suministro de medicamentos, se otorgaría una tarjeta electrónica a los usuarios, en la que se detallaría por parte del médico los requerimientos de cada persona, asistiendo a alguna de las farmacias que forman parte de la red de proveedores, a recibir sus medicinas, siempre y cuando se encuentren dentro del CAUSES.

Además de los servicios esenciales que se brindan a través del CAUSES, el SPS, también ofrece intervenciones de alto costo, financiado a través de FPGC en hospitales de especialidad. Considerando que hay un gasto catastrófico en salud cuando se destina más del 30% de la capacidad de pago al financiamiento de la salud de los miembros de las familias (Secretaría de Salud, 2002). Para estos servicios se definieron 49 enfermedades clasificadas en nueve categorías (figura 11) que serían gradualmente cubiertas por el FPGC, establecidas por el Consejo de Salubridad General¹⁰ (CSG), siguiendo los criterios establecidos por la Ley General de Salud, que permitirían identificar enfermedades cuyos tratamientos impliquen altos costos.

¹⁰ El Consejo de Salubridad General, es un órgano del Estado mexicano que tiene como mandato la emisión de disposiciones obligatorias en materia de salubridad general, incluyendo instituciones públicas y privadas (www.csg.com).

Figura 11. Categorías de intervenciones cubiertas por el FPGC

Categorías
1. Diagnóstico y tratamiento del cáncer
2. Problemas cardiovasculares
3. Enfermedades cerebro-vasculares
4. VIH/SIDA
5. Lesiones graves
6. Rehabilitación de largo plazo
7. Cuidados intensivos neonatales
8. Trasplantes
9. Diálisis

Fuente: García, D y Machado, J. (2012). *La transformación del sistema de salud y el Seguro Popular*. Gaceta Médica de México, Vol. 148, pp. 518-524.

En la Ley General de Salud (77 Bis 9) se especificó que la prestación de los servicios que ofrece el SPS, se llevaría a cabo en los centros de salud, los hospitales generales y la comunidad, las Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES), los Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud (CAAPS), y los hospitales de alta especialidad, siempre y cuando hubiera aprobado el procedimiento de acreditación para ser consideradas como parte de la red de prestadores.

El proceso de evaluación para la certificación de las unidades médicas constó de tres etapas: en la primera, se llevó a cabo una auto-evaluación de los criterios de estructura de la unidad de atención médica, en la que se identificaron los elementos que debe tener un establecimiento de atención médica como los servicios de diagnóstico, hospitalarios, quirúrgicos y de rehabilitación; en la segunda etapa, se hizo una evaluación de los procedimientos que se realizan en cada institución; por último, en la tercera etapa se elaboró y emitió el dictamen, acreditando a partir del análisis de los aspectos cualitativos y cuantitativos por el Consejo de Salubridad General (García, Machado, 2012), especificando si la institución es apta para brindar servicios clínicos que ofrece el SPS.

Es importante mencionar es el hecho de que el SPS no cuente con una infraestructura propia para brindar sus servicios, es una cuestión que podría causar dificultades, sin embargo, se argumenta que al momento de poner en marcha las actividades del seguro, se

establecieron prioridades, tomando en cuenta que lo esencial era atender los padecimientos de la población, por lo que se optó por iniciar actividades en otros instancias, lo que les permitiría ahorrar una gran cantidad de recursos que sería destinado para otras cuestiones, dejando la construcción de sus propios centros de atención para después.

5.2.3. Financiamiento del SPS

Un aspecto importante que podemos mencionar sobre el SPS, es el financiamiento que forma parte esencial de su funcionamiento, refiriéndose al mecanismo por el que se obtienen los recursos para costear cada uno de los servicios brindados de atención médica. El SPS está sustentado en un modelo tripartita, procedentes de aportes gubernamentales Federales y Estatales, así como por la cuota familiar.

Las **aportaciones Federales** se dividen entre la cuota social y la aportación solidaria Federal; de esta manera la cuota social corresponde al 3.92% de un salario mínimo vigente en la Ciudad de México, (\$80.04), lo que anualmente sería aproximadamente \$1,142. La aportación solidaria Federal corresponde a 1.5 veces la cuota social lo representaría alrededor de \$1,700 anuales.

Las **aportaciones Estatales**, corresponden a 0.5 veces la cuota social, siendo aproximadamente \$850 anuales. En total la cuota por afiliación por cada familia sumando las aportaciones federales y estatales, sumarían alrededor \$3692, sin contemplar la cuota familiar, ya que varía dependiendo la capacidad de cada familia.

La **cuota familiar**, es un monto que paga anualmente cada familia afiliada y es proporcional a su condición socioeconómica, de esta manera al momento de la afiliación al SPS, las familias son clasificadas en uno de los regímenes ya sea el régimen contributivo o el régimen no contributivo. El régimen contributivo lo conforman las familias que aportan una cuota familiar que será anual, anticipada y progresiva, es decir aquellas que cuentan con un ingreso estable y que garantice su aporte. El régimen no contributivo lo constituyen las familias que no pueden aportar la cuota familiar por su condición económica inestable (García, Machado, 2012).

El esquema de aportación de cuotas familiares se define con base en el nivel de ingreso familiar haciendo una evaluación socioeconómica con la finalidad de ubicarla en el decil de ingreso que corresponda y de esa manera pague lo que estipulado en el tabulador o por el contrario quede ubicada en el régimen no contributivo. Cada tres años se lleva a cabo una verificación del decil de ingreso para cada familia afiliada, la cuota familiar no cubre todos los costos de los servicios brindados, puesto que se complementa con el aporte de la cuota social y el aporte federal y estatal.

Se establece que aquellas familias que se encuentren en el decil I y II serán incorporadas al régimen no contributivo (figura 12), así como si son residentes en localidades rurales de muy alta marginación de menos de 250 habitantes. Esto se determinará con base en encuestas representativas a nivel nacional que contengan información de ingresos y gastos de los hogares (Gonzales, Barra, col, 2006).

Figura 12. Cuota familiar de acuerdo al decil de ingreso

Decil de ingreso	Cuota familiar anual en pesos
I	-
II	-
III	-
IV	-
V	2,074.97
VI	2,833.56
VII	3,647.93
VIII	5,650.38
IX	7,518.97
X	11,378.86

Fuente; Secretaría de Salud. (2004). *Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México.*

La regulación de los recursos con los que cuenta el SPS, en cada uno de los estados, se hace a través de los Regímenes Estatales de Protección Social, que son las entidades que recibe los recursos de acuerdo al número de afiliados que se tengan. De los recursos del SPS, el 89% se destinan a la prestación de los servicios de salud de primer y segundo nivel de

atención médica, el 8% se destina al pago de los tratamientos de los padecimientos de alta especialidad y alto costo que representan un riesgo financiero a través del FPGC. El restante 3% se destina al fondo de previsión presupuestal (FPP) que se utiliza para el desarrollo de infraestructura y equipamiento para la atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social, así como para cubrir necesidades de demandas imprevistas (García, Machado, 2012).

La distribución del presupuesto en su mayor parte está destinada a las enfermedades de primer y segundo nivel, dejando con un ingreso de solamente un 8% para enfermedades que implican un mayor gasto, lo que quiere decir que la población tendrá que hacer mayores aportes en caso de tener una enfermedad que no se encuentre contemplada en el FPGC. La afiliación anual por familia adquiere mucha importancia, ya que a mayor afiliación, mayor es el ingreso para financiar los servicios del SPS.

El financiamiento que se establece en el SPS es tripartita, rompiendo con la lógica unipartita que anteriormente ratificaba la responsabilidad que tenía el Estado para garantizar la funcionalidad del sector de la asistencia social. En el SPS se incluyen las “cuotas de recuperación” que son costeadas por las familias afiliadas; y otro aspecto muy importante es que las aportaciones federales y estatales varían según en número de afiliados.

5.2.4. Afiliación al SPS

En cuanto a la afiliación de acuerdo con la Ley General de Salud, se puede decir que los beneficiarios del SPS, son las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, (IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX, etc.), las personas desempleadas, o que no tienen un empleo formal. Se considera que la afiliación tiene como objetivo la identificación y el registro de las familias, además de proporcionarles una seguridad de atención en el momento de requerirlo.

El proceso de afiliación es de carácter voluntario, iniciando con la promoción de los beneficios que ofrece el SPS, esto incluye a los medios masivos de comunicación y material impreso como trípticos, dípticos y carteles que se distribuye a la población en las

unidades de atención médica o en zonas comúnmente recurridas. De esta manera se entrega a las familias una solicitud de inscripción que incluye la cédula de características socioeconómicas del hogar, permitiendo definir el nivel de ingreso en el que se encuentran las familias, para poder ubicarlas en el régimen contributivo o no contributivo, algunos datos que se solicitan, son el lugar de residencia, la no derechohabencia a instituciones de seguridad social, la Clave única de Registro de Población (CURP) de cada miembro de la familia (Contreras, Tetelboin, 2006).

En general los requisitos que se solicitan para la afiliación son;

- Comprobante de domicilio de no más de dos meses de antigüedad.
- Acta de nacimiento o CURP de cada integrante de la familia.
- Identificación oficial con fotografía de la persona titular de la familia.
- Si la persona es estudiante de entre 18 y 25 años de edad debe presentar constancia de estudios. (www.salud.df.gob.mx)

Después de proporcionar los datos y entregar la documentación solicitada, los datos de las familias se validan y se verifican, posteriormente son incorporados al padrón, es hasta este momento cuando las familias deben pagar la cuota que le corresponda de acuerdo a su ingreso. Al ser afiliados se les entrega una tarjeta inteligente “Tu Salud” de adscripción, con la que se puede acudir a recibir atención médica.

Los beneficiarios al SPS pueden ser los conyugues, la pareja en unión libre, los padres cuya edad sea mayor a 64 años y que dependan económicamente de la familia adscrita y vivan en la misma casa, los hijos menores de edad o hijos solteros de hasta 25 años que sean estudiantes, los hijos que presenten alguna discapacidad y cualquier persona que aunque no tenga parentesco sanguíneo depende económicamente y sea menor de 18 años. Las personas que tengan más de 18 años pueden afiliarse de forma individual.

Una vez afiliadas, las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud en las unidades correspondientes, así como medicamentos acorde a sus padecimientos, de igual forma al acceso a información adecuada y oportuna con respecto sus necesidades. Cada familia afiliada, deberá contribuir con una cuota, definida en su momento de acuerdo al nivel de ingreso y a su capacidad de pago, de esta manera los niveles de cuotas se

incrementan conforme aumenta el ingreso familiar, para ello se definieron los deciles de ingreso, con lo que supuestamente se pretende que sea un aporte mínimo en cada familia.

El SPS constituye parte importante del sistema de salud actual, formando parte de los cambios más recientes en el ámbito socio-sanitario, es importante indagar los orígenes de los fundamentos puestos en marcha por dicho seguro, además de explorar cuál es el fin de implementarlo, y reflexionar si en realidad es para beneficiar a la población dando cumplimiento al derecho a la protección de la salud o si por el contrario tiene otros fines. En el siguiente apartado, se analizarán a grandes rasgos las políticas establecidas por el Grupo del Banco Mundial y como es que se relacionan con la implementación del SPS.

5.3. El SPS: ejemplo de las políticas en salud que responden a los lineamientos del Grupo del Banco Mundial

Con base en la revisión teórica realizada en el desarrollo de esta investigación, en este apartado se hace un análisis sobre las propuestas que el Grupo del Banco Mundial (organismo internacional del que se habló en el capítulo IV), ha establecido en el ámbito de la salud y cómo es que han sido implementadas en México, particularmente con el Seguro Popular de Salud.

La salud es un componente esencial para todo ser humano ya que forma parte de sus necesidades básicas, tal es su importancia que se ha constituido como un derecho universal al que todos debemos tener acceso, de esta manera los gobiernos han puesto en marcha mecanismos que teóricamente buscan mejorar la salud de la población a través de la cobertura universal y de la calidad de la atención médica.

En México, la protección de la salud ha funcionado como un mecanismo indispensable para garantizar la salud de la población constituye el aspecto central de las políticas en salud, empero los orígenes de estos cambios se remontan a la relación estrecha que nuestro país - como muchos otros- ha tenido con los organismos internacionales, particularmente, con el Grupo del Banco Mundial, organismo que ha dictado políticas que inciden en el ámbito socio-económico como parte de sus estrategias para seguir manteniendo la relación financiera y el orden jerárquico del capitalismo transnacional que se mantiene con todos los países miembros.

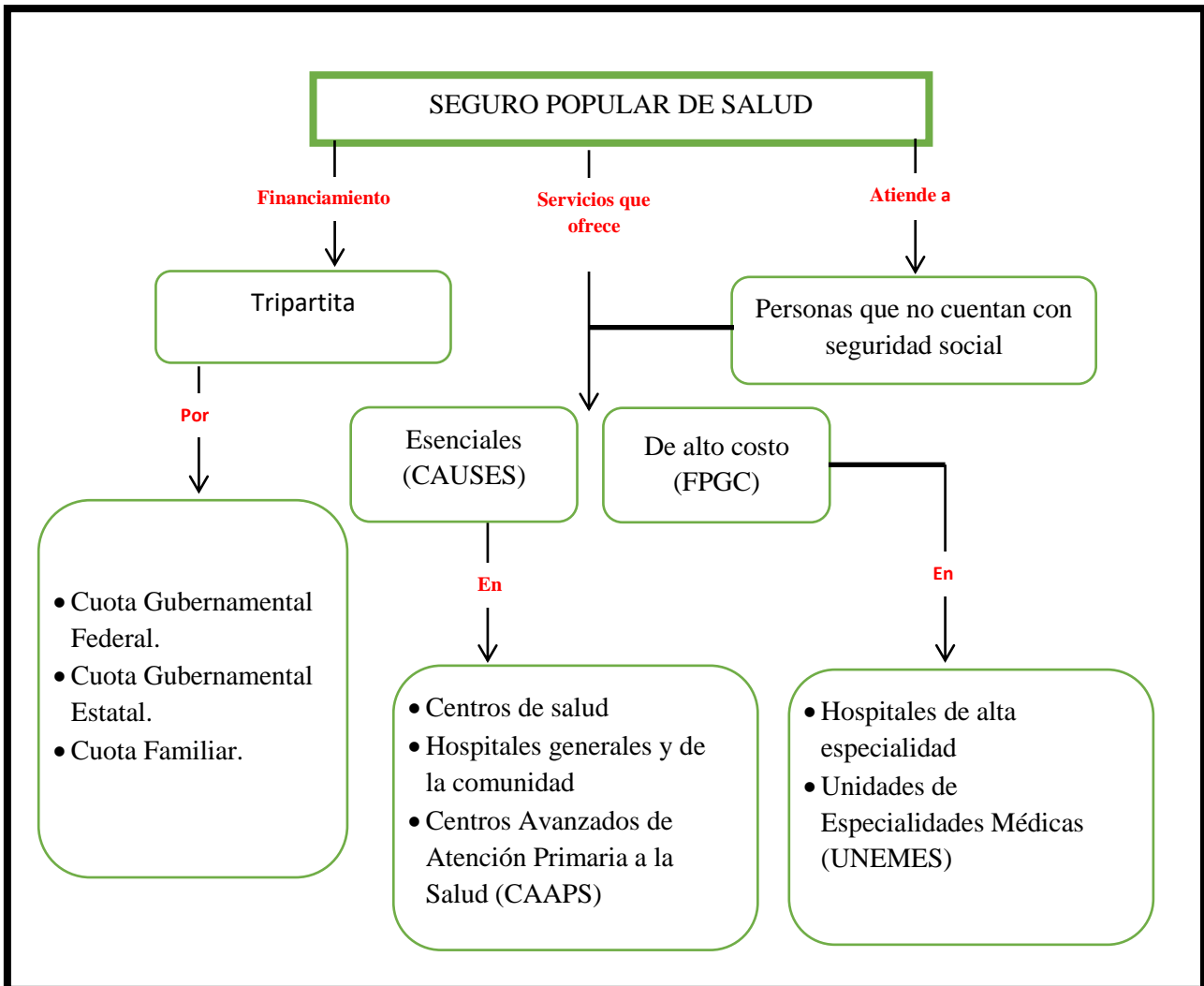
Mucho se ha descrito sobre los cambios que ha tenido el sistema de salud mexicano desde sus orígenes, argumentándose por un lado que la reforma neoliberal ha sido para mejorar el desempeño de los sistemas, buscando una mayor cobertura, calidad en los servicios, eficiencia y la disminución de los gastos de bolsillo por parte de la población. Por otro lado, una multiplicidad de autores y estudios sostienen que dichas modificaciones más bien responden a las políticas que el Estado ha puesto en marcha como parte de la lógica neoliberal y como respuesta a las propuestas del Grupo del Banco Mundial, y que lejos de traer un beneficio, buscan romper con los procesos de desmercantilización, dejando a la salud como responsabilidad únicamente del individuo.

De manera general podemos recordar algunas de las principales características del SPS (Figura 13), una de ellas es que ofrece sus servicios a todas aquellas personas que no son derechohabientes de la seguridad social o de la asistencia social, así como a las personas que no cuentan con un empleo formal o desempleados, pretendiendo una cobertura universal de salud. Cabe mencionar que este grupo representa una importante parte de la población total, ya que según datos del INEGI, para el 2015 el 59.1% de la población era económicamente activa, mientras que un 23.1% eran trabajadores por cuenta propia, desempeñando actividades que incluyen; la minería, manufactura, actividades agropecuarias, entre otras (INEGI, 2015).

Así también en cuanto a su financiamiento, este seguro obtiene sus recursos a través de las aportaciones gubernamentales federales y estatales y de una cuota familiar (Régimen contributivo, Régimen no contributivo), con respecto a esto, es importante mencionar que el aporte mayoritario es el del Gobierno Federal, pero, la cuota familiar anual también es parte importante en el momento de la afiliación (Laurell, 2013).

Otra de las principales características de este seguro, es que ofrece servicios específicos divididos en dos grupos; los servicios esenciales que son los que incluye el CAUSES englobando un total de 284 intervenciones y 91 medicamentos, así como los servicios de alto costo cubiertos por el FPGC que ofrece la cobertura de 49 enfermedades (Moreno, Jaimes, 2015).

Figura 13. El Seguro Popular de Salud

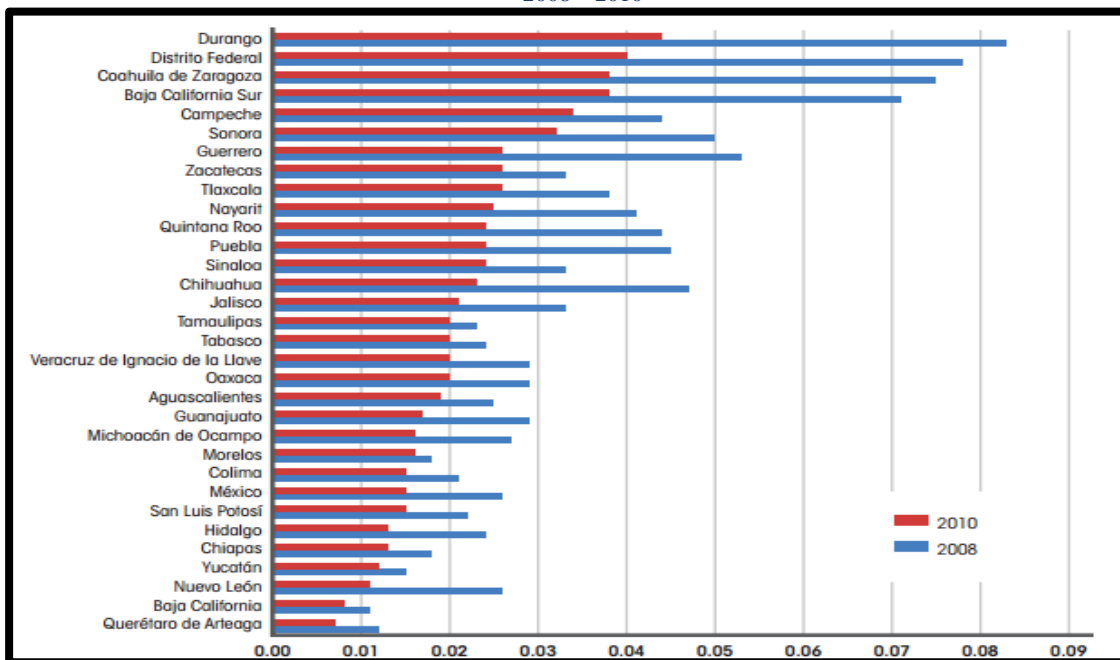


Fuente: Moreno, L, Jaimes, C. (2015). La protección social en salud durante el gobierno de Calderón, avances y rezagos en la implementación del Seguro Popular (2006 - 2012). Foro Internacional, Vol. LV, pp. 217 - 261.

Algo importante por puntualizar es que el Seguro Popular de Salud no cuenta con instalaciones propias para brindar sus servicios, sino que utiliza instalaciones otras instalaciones, como centros de salud, hospitales generales, Centros Avanzados de Atención Primaria y algunos hospitales de especialidad pertenecientes a la Secretaría de Salud, esta situación representa una problemática para la población beneficiaria en el momento de acudir a recibir la atención médica, ya que de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) entre los años 2008 y 2010, se registró una disminución con respecto a la infraestructura y de personal médico. Por ejemplo, en el 2010 se identificó una baja en la cantidad de hospitales y médicos con

respecto a las personas afiliadas en la mayoría de los estados, al igual que las camas disponibles para uso de los beneficiarios, que en 2008 se contaba con un número mayor en comparación con el año 2010, tal y como se muestra en las siguientes figuras.

Figura 14. Hospitales disponibles por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular de Salud, por entidad federativa 2008 – 2010

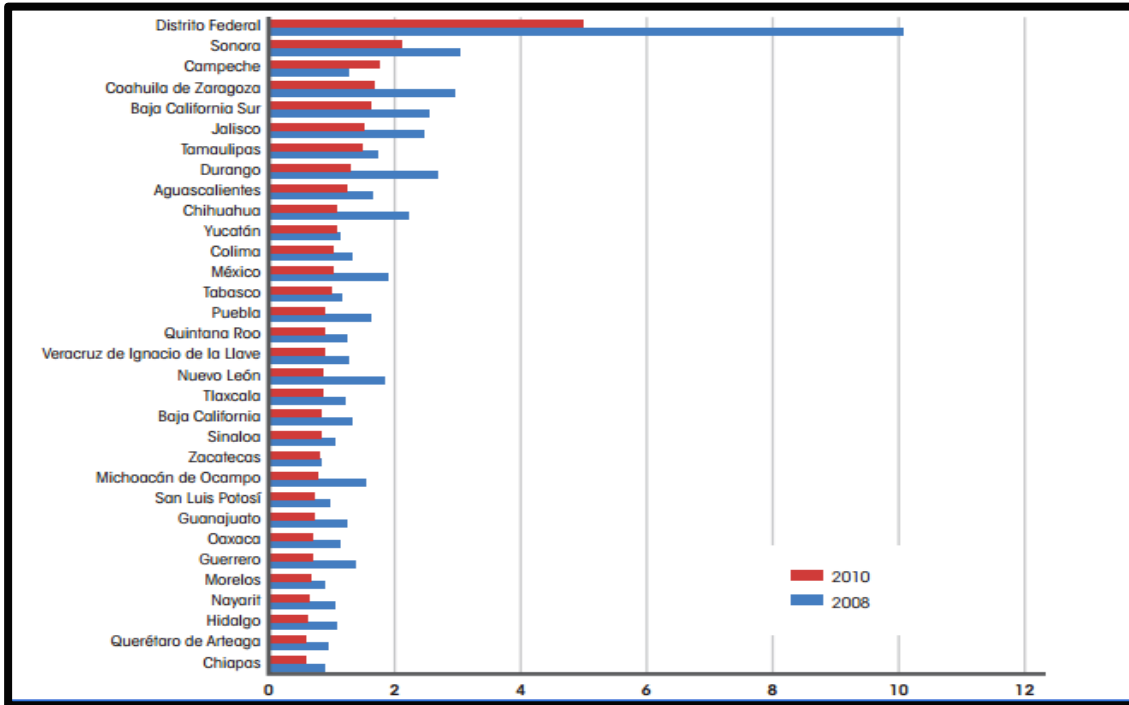


Fuente: Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social. (2014). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*. México, D.F. CONEVAL.

Observamos en la figura 14 que el número de hospitales en el periodo 2008 - 2010, disminuyó en todos los estados. Este indicador, en promedio podemos identificar que en tiene un menor número relativo de hospitales por cada 1,000 afiliados, los estados con mayor disponibilidad de hospitales son Durango, el Distrito Federal, Coahuila y Baja California, pero, al igual que los demás para ellos hubo una disminución en este indicador.

En cuanto a las camas censables, (Figura, 15) de igual forma el número en este indicador disminuyó significativamente; los tres estados con menos camas censables en 2008 fueron Morelos, Chiapas y Zacatecas, y en 2010, Hidalgo, Querétaro y Chiapas.

Figura 15. Camas censables por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular de Salud, por entidad



Fuente: Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social. (2014). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*. México, D.F. CONEVAL.

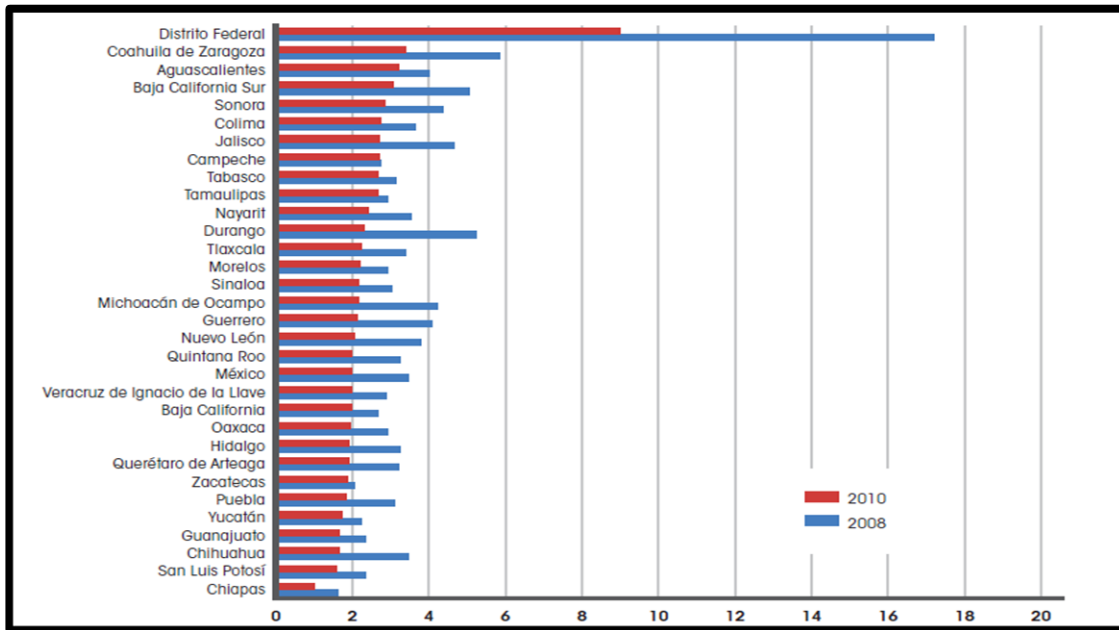
Es importante señalar que el único estado, que cumplía hasta el 2010 con las recomendaciones de la OMS (4 camas por cada mil habitantes) en cuanto a la disponibilidad de camas por cada mil habitantes era la Ciudad de México, con un aproximado de 4.9 por cada mil afiliados, el resto de los estados está por debajo de este indicador.

Otro indicador que refleja la eficiencia en la atención del SPS, es la cantidad de médicos por cada mil afiliados, de acuerdo con la OMS deben ser al menos 3, en la figura siguiente (Figura 16), podemos ver que la mayoría de los estados cuenta con al menos 2 médicos que tienen contacto con los pacientes.

Los estados con mayor número de médicos son la Ciudad de México, Coahuila, Aguascalientes y Baja California Sur, pero al igual que los demás muestra una disminución en este indicador para el 2010.

Figura 16. Médicos en contacto con los pacientes por cada mil personas afiliadas

al Seguro Popular de Salud, por entidad federativa, 2008 – 2010



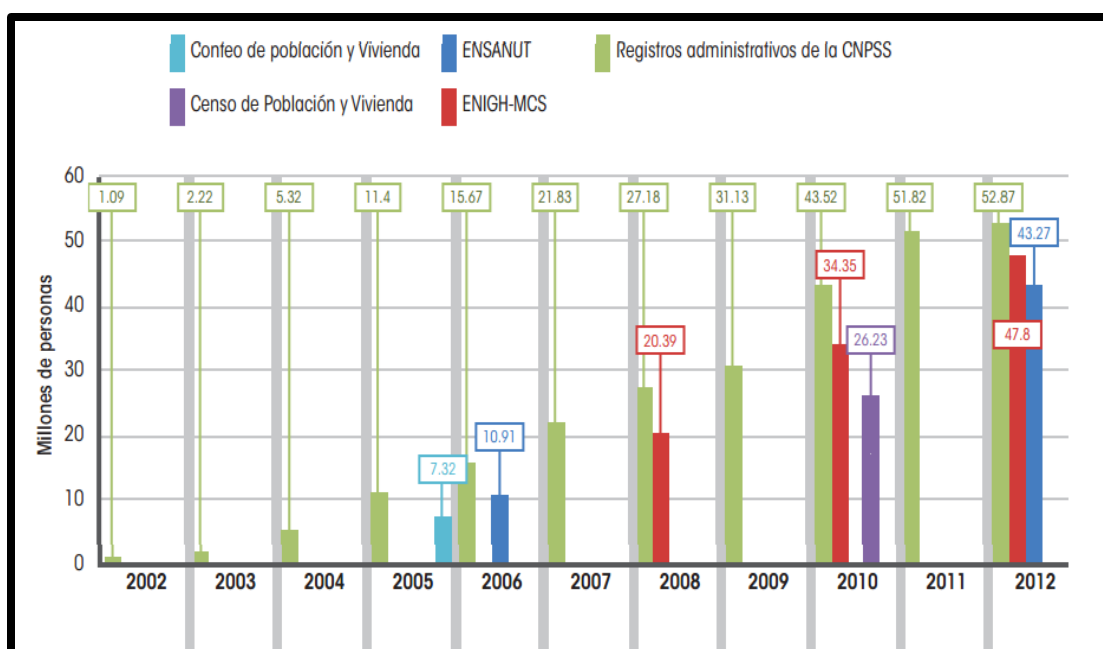
Fuente: Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social. (2014).

Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular. México, D.F. CONEVAL.

Estos son tres indicadores que nos podrían indicar la eficiencia en la prestación de los servicios de salud, y como vemos hasta el año 2010 registraron resultados negativos, sin embargo a pesar de ello, la cantidad de población afiliada fue en aumento hasta el año 2012 (Figura 17), lo que no significa que los servicios estén mejorando, sino por el contrario este crecimiento podría significar mayores problemáticas para el Seguro Popular.

A continuación se puede ver en la figura 17 como efectivamente la afiliación al Seguro Popular ha ido ascendiendo, tomando en cuenta tres fuentes, las cuales coinciden en dicho crecimiento. Estos son algunos datos que nos acercan al desempeño que el Seguro Popular de Salud ha tenido en algunas entidades federativas, que sin duda no son muy alentadores ya que reflejan la ineficiencia principalmente en la disponibilidad de los servicios de salud, que sin duda si el crecimiento de afiliados sigue creciendo, la infraestructura debe ir en aumento.

Figura 17. Población afiliada al Seguro Popular de Salud entre 2002 y 2012



Fuente: Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social. (2014).

Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular. México, D.F. CONEVAL.

Este último indicador, nos dan una idea cómo con la puesta en marcha del SPS, efectivamente ha ido en aumento la afiliación, lo que se puede traducir en un aumento en la obtención de fondos, ya que si recordamos al momento de la afiliación hay una cuota familiar obligatoria, a pesar de ello, este aumento económico no se refleja en la calidad de los servicios, pues como se pudo observar en las ilustraciones 14, 15 y 16 hay un descenso tanto en hospitales, en camas censables y médicos disponibles por cada mil afiliados para la atención de la población.

En general, este seguro se enmarca en un concepto de universalidad y equidad con el que teóricamente se pretende cubrir con las necesidades de la población, así como disminuir el pago directo de bolsillo, ya que implica un gasto catastrófico para la mayoría de las familias.

Con base a lo revisado en el desarrollo de esta tesis, se propone que las características que presenta el Seguro Popular de Salud corresponden en gran medida a las propuestas del Grupo del Banco Mundial estipuladas en “Invertir en salud” de 1993. Como se sabe el Grupo del Banco Mundial, ha propuesto diversas acciones en el ámbito de la salud para los

países, en esta ocasión se hablará de lo que se estipuló en el informe “Invertir en salud” ya que en él se plantean claramente acciones específicas que tienen que ver directamente con la protección social en salud, además de que es uno de los documentos más recientes en este ámbito.

A continuación se muestra un cuadro en el que se especifican algunos puntos de interés que se consideraron claves para identificar hasta dónde estas políticas se ven reflejadas en el Seguro Popular de Salud (Cuadro 5).

Cuadro 5. Comparación entre las propuestas del Grupo del Banco Mundial y las estrategias del Seguro Popular de Salud

CARACTERÍSTICA DEL SEGURO POPULAR DE SALUD		GRUPO DEL BANCO MUNDIAL “INVERTIR EN SALUD”
1.	POBLACIÓN BENEFICIARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Adopción de Políticas de crecimiento que beneficien a los pobres.
	<ul style="list-style-type: none"> • No derechohabientes; población excluida de la Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, SSA). • Personas que no cuenten con un empleo formal. • Desempleados. 	
2.	PAQUETE DE SERVICIOS BÁSICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamiento y prestación asegurada de servicios clínicos esenciales. • Aplicación de medidas de salud pública enfocadas a invertir en programas de prevención. • Reducción del gasto público en establecimientos de nivel terciario.
	<ul style="list-style-type: none"> • Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES): incluye 284 intervenciones. • Fondo de Protección contra Gatos Catastróficos (FPGC). • Establecimiento de programas de prevención y atención primaria a la salud. • Paquete medicamentos 	
3.	FINANCIAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Adopción de políticas de crecimiento económico que beneficien a los pobres.
	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una cultura de pago anticipado; Copago. • Bipartita; a través de aportaciones del gobierno Federal y Estatal y de una cuota familiar anual. 	
4.	LIBRE COMPETENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la diversidad y competencia. • Alertar a los proveedores a la libre competencia en la prestación de servicios y suministro de medicamentos.
	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de selección y evaluación para las farmacéuticas públicas y/o privadas en el abastecimiento de medicamentos. 	

Fuente: Banco Mundial. (1993). *Invertir en Salud Indicadores del Desarrollo Mundial*, Banco Mundial Washington, D.C.

Con base a la información que se refleja en este cuadro, se observa que el Seguro Popular de Salud propone y ha llevado a cabo acciones que responden a los lineamientos planteados por el Grupo del Banco Mundial; en la primera columna se muestran las estrategias que el Seguro ha puesto en marcha desde su implementación y en la segunda las políticas que ha propuesto este organismo internacional.

5.3.1. La población beneficiaria

Si se habla de la población beneficiada por el Seguro Popular de Salud (Punto 1, cuadro 5), teóricamente se plantea de manera muy puntual que ofrece sus servicios a toda la población que no sea derechohabiente de la seguridad social; las personas autoempleadas, desempleadas o sin algún empleo formal, haciendo principal énfasis en la “población vulnerable”. Se hace referencia a que existe una desigualdad en el acceso a los servicios, basándose principalmente en que es la población de menores ingresos la que tiene menor posibilidad al acceso a los servicios, el SPS direcciona sus servicios a este sector, lo que significa que hay un reposicionamiento del principio de pobreza, con una visión asistencialista para aquellos que demuestren necesidad económica y vulnerabilidad.

Es importante mencionar que desde sus orígenes el sistema de salud mexicano, contaba con un sistema de asistencia social, que teóricamente debería responder a las necesidades de este sector, mismo que en la actualidad no recibe garantía de la protección de su salud.

Con base a esto, se puede hacer referencia a una de las políticas que estipula el Grupo del Banco Mundial en Invertir en Salud en el que propone “*fomentar un entorno que permita a las unidades familiares mejorar su salud, a través de acciones que beneficien principalmente a los pobres (Invertir en salud, 1993)*”. Tomando en cuenta que el ingreso, el cuidado y la educación principalmente en las mujeres, son los que determinan el nivel de salud de la población, esta propuesta responde plenamente no sólo a lo que teóricamente plantea el SPS, sino a las acciones que ha llevado a cabo desde su puesta en marcha, ya que efectivamente focaliza sus servicios a ciertos sectores de la población, pero, cada familia debe cubrir con diversos requerimientos para su afiliación, uno de ellos es demostrar su posición social para poder ser derechohabiente, además de algunos documentos solicitados, que si en determinado momento no se dispone de ellos, podría ser motivo de exclusión de estos servicios.

El hecho de dirigir una política hacia la población pobre, es una estrategia que disfraza acciones que sustentan un modelo de atención focalizada, que nada tiene que ver con brindar una atención a la salud de forma universal, así se sigue apoyando un modelo de salud segmentado en el que sólo unos cuantos sectores podrán ser beneficiados.

5.3.2. Prestación asegurada de servicios

El segundo punto mencionado en el cuadro 5, hace referencia a los servicios que ofrece el Seguro Popular de salud, que como ya se mencionó en el apartado anterior, se divide en dos estos son: los servicios esenciales que son cubiertos por el CAUSES que incluye 284 intervenciones y los servicios de alto costo financiados a través del FPGC que incluye un total de 49 enfermedades.

El CAUSES es un paquete de servicios esenciales que se estableció por un conjunto de instituciones de salud a partir de la situación epidemiológica del país, argumentando que con éste, se disminuirían las principales enfermedades presentes. Una de las principales características de este paquete es que tiene asignado un 89% del presupuesto para los servicios esenciales, mientras que para las enfermedades de tercer nivel que son las que cubre el FPGC sólo un 8% (Tamez, Eibenschutz 2008), y el resto dedicado a la infraestructura.

Dentro de los servicios que ofrece en el CAUSES en sus dos primeros conglomerados (salud pública y atención ambulatoria) engloba acciones enfocadas principalmente a la prevención de enfermedades y promoción de la salud, que van desde la vacunación en la línea de vida para niños y niñas, así como la prevención de adicciones, prevención de violencia familiar, prevención de accidentes, salud bucal, higiene personal, actividad física, nutrición, entre otras; en el segundo conglomerado de atención ambulatoria, incluye la medicina general y familiar, dentro de las cuales se encuentran el diagnóstico y parte del tratamiento de algunas enfermedades como artritis reumatoide, enfermedad de Parkinson, asma y algunas otras como la diabetes mellitus tipo I y II de las cuales sólo se cubre con el diagnóstico y el tratamiento terapéutico; además de las enfermedades propias de la mujer principalmente infecciones genitales, así como planificación familiar a través de métodos anticonceptivos y cuidados durante el embarazo.

El CAUSES es un claro ejemplo de las propuestas de Grupo del Banco Mundial, ya que planteó *la reducción del gasto público en establecimientos de nivel terciario, en la formación de especialistas e intervenciones que tienen una mejora mínima en salud en comparación con el gasto (Invertir en Salud, 1993)*, argumenta que se invierte una gran parte del presupuesto en enfermedades de las cuales se tiene una mejoría mínima pudiendo invertir en actividades que traigan un mayor beneficio para la población, de esta manera se propone la reducción de gasto público en establecimientos de nivel terciario y en formación de especialistas, la aplicación de medidas de salud pública enfocadas a programas de prevención, además del financiamiento y prestación aseguradas de servicios clínico esenciales.

El hecho de asignar recursos a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud, es sin duda un aspecto esencial que debería ser prioritario en los Sistemas de Salud, debido a que contribuyen no sólo a mantener una vida sana y preservar la salud de la población, sino también a mejorar la calidad de vida de personas que padece enfermedades crónicas, pero también es importante invertir en enfermedades de tercer nivel, debido a que actualmente son las principales causas de muerte en nuestro país, como es el caso de las enfermedades del corazón y la diabetes mellitus tal y como se puede ver en la figura 8 presentada en el capítulo 4.

Otro aspecto que es importante es que el Seguro Popular forma parte de un cambio en la concepción de derecho a la protección de la salud, que lejos de ser garantizado para la población en general, ahora se ajusta a la prestación de servicios de un catálogo de beneficios médicos enfocados principalmente al primer y segundo nivel de atención, dejando fuera algunas enfermedades de tercer nivel que actualmente forma parte de las principales causas de muerte en nuestro país. Así también este instrumento representa un medio por el que la población debe contribuir económicamente al cuidado de su salud, debido a que como ya se mencionó, se limita a cubrir con un total de 284 intervenciones esenciales y 49 intervenciones de alto costo, el resto de las enfermedades no podrán ser atendidas a través de los servicios del Seguro Popular o de ser así tendrían que ser pagadas por el derechohabiente.

Como se puede identificar, el paquete explícito de intervenciones que propone el Grupo del Banco Mundial, se refleja en la especificación y aplicación del CAUSES, en el que sus prioridades son poner en marcha acciones de prevención y de atención primaria, dejando casi de lado las patologías que requieren una mayor inversión y que según este organismo no refleja una mejoría en comparación con los gastos. Así el CAUSES es una más de las estrategias que apunta hacia la privatización de la salud, responsabilizando a la población de sus propias enfermedades, teniendo que pagar a cambio de su atención.

5.3.3. Del gasto de bolsillo al copago

El financiamiento es un aspecto esencial en los servicios de atención a la salud y teóricamente como parte del derecho a la salud, debería estar garantizado por el Estado, lo que el SPS propone en cuanto a esto es brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social creando una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios y así reducir el gasto privado de las familias afiliadas, evitando el empobrecimiento. De esta manera se argumenta que con el pago anticipado la población no tendrá incertidumbre al momento de requerir de atención médica, debido a que no hará un pago directo de bolsillo en ese momento, lo que representa un apoyo para la población asegurada. El SPS establece un financiamiento de carácter tripartita en el que contribuyen el gobierno estatal y federal a través de una cuota social y la población, a través de una cuota familiar de afiliación.

La idea de crear una cultura de pago anticipado es una estrategia encaminada a la *adopción de políticas de crecimiento económico que beneficien a los pobres (Invertir en salud, 1993)*, tal y como lo propone el Grupo del Banco Mundial. El SPS ha puesto en marcha un mecanismo de financiamiento que teóricamente tendría que beneficiar a los pobres, a través de una aportación anual de acuerdo a su nivel de ingreso, planteando que aquellas familias que se encuentren dentro de los primeros deciles no darán ningún aporte, a pesar de ello, esta medida no garantiza que la población no tenga gastos directos de bolsillo, ya que hay la posibilidad de contribuir a otros servicios, como es el caso de las enfermedades que el CAUSES no cubre o en algunas ocasiones la compra de medicamentos.

Teóricamente con esta propuesta implementada por el Seguro Popular de Salud, se pretende dar una protección financiera a la población afirmándose que, ya que se argumenta que con

el pago anticipado se evitará el empobrecimiento al no tener que pagar en el momento de requerir los servicios, es decir se sustituyó el gasto directo de bolsillo por el prepago. Con esta política se debe entender que la población juega un papel esencial en el financiamiento de los servicios del seguro, se plantea la idea de que los servicios serán gratuitos, pero, si se considera que en realidad no atiende las causas que empobrecen a las familias mexicanas como: la hospitalización, las intervenciones quirúrgicas y el acceso a la totalidad de medicamentos para tratar enfermedades como el cáncer cérvico-uterino, entre otras (Tamez, Eibenschutz, 2008) más bien constituye una estrategia en donde la misma población debe cubrir con dichos gastos.

La idea de comprometer a la población a hacer un pago anticipado para garantizar su acceso a los servicios de salud, queda fuera de lo que se establece en el derecho a la salud, ya que el hecho de sustituir el pago directo de bolsillo por el co-pago, no exenta a la población de contribuir económicamente a su salud, siendo responsabilidad del Estado garantizarlo, así, se torna un panorama en el que se direcciona a la salud hacia la comercialización, en un campo en el que paguen quienes tengan la solvencia económica según sus posibilidades, esto nos da una idea de que con la implementación de las políticas neoliberales no se está haciendo más que contribuir a mantener un sistema capitalista en el que la compra-venta de servicios es una premisa esencial para la población, lo que perfila a un sistema de atención parcial o totalmente privado en donde el individuo se responsabilice de su propia salud, siendo el principio de capacidad de pago el que caracterice al sistema de salud en México.

5.3.4. La libre competencia

Con respecto a este último punto, plasmado en el cuadro 4, el SPS en el momento de su implementación buscó una forma de abastecer los medicamentos a través de un sistema de selección con el que se pretendía establecer una red de proveedores; fue un proceso en el que se invitó a todas las farmacéuticas del país tanto públicas como privadas a participar en una de evaluación, que los llevaría a formar parte de dicha red.

Esta estrategia que implemento el SPS, responde a la política que propone el Grupo del Banco Mundial en la que se pretende *promover la diversidad y la competencia*,

proponiendo la inclusión de seguros sociales privados para cubrir la asistencia clínica que no abarque con los servicios ofrecidos en las instituciones públicas, además de alentar a los proveedores en la prestación de sus servicios clínicos y venta de medicamentos, así como generar y difundir información sobre la oferta de cada uno de ellos, dando a conocer sus servicios, medicamentos y costos, para que se la población la que determine el lugar para atender sus padecimientos (Invertir en Salud, 1993).

El Grupo del Banco Mundial argumenta que el abastecimiento de medicamentos representa una problemática para los servicios de salud, ya que los costos en la compra de medicamentos son muy elevados, pudiendo abaratar los precios si se compraran medicamentos genéricos. Para ello, se propone como estrategia alentar a los proveedores a la libre competencia tanto en el suministro de medicamentos como de servicios y efectivamente en el Seguro Popular se busca un abastecimiento ya sea de origen público o privado, incitando a la participación de todos los sectores, lo que puede traducirse en la participación del sector privado, no tan sólo en la cuestión de los medicamentos sino también de los servicios.

Como se observa el funcionamiento de esta política depende en gran medida de cómo se desempeñen los servicios de salud públicos y en general con la puesta en marcha del Seguro Popular, hay una gran posibilidad, de generar un deficiencia, tanto en el abasto de medicamentos como en los servicios clínicos, por el hecho de que deja casi de lado los padecimientos que generan un alto costo, así como su tratamiento, que no sólo incluye medicinas sino también, estudios de laboratorio y rehabilitación.

El Grupo del Banco Mundial manifiesta que *con la adopción de las recomendaciones sobre la política sanitaria, se mejoraría enormemente las condiciones de salud de sus poblaciones, en especial de las unidades familiares pobres, podrían salvarse millones de vidas y ahorrarse miles de millones de dólares. La adopción de los conjuntos de medidas de salud pública y de servicios clínicos esenciales, el seguimiento de estrategias de crecimiento económico que reduzca la pobreza y el aumento en la inversión en educación para las niñas sería lo que tendría mayor rentabilidad en términos de evitación de muertes y reducción de la discapacidad (Invertir en salud, 1993, pág. 14).*

El planteamiento expuesto en “Invertir en Salud”, se traduce en las principales estrategias del Seguro Popular de Salud; crear una cultura de pago anticipado, direccionar una política hacia los pobres, incitar a la libre competencia en los mercados y otorgar un paquete explícito de intervenciones, son estrategias que efectivamente forman parte de las políticas que el Grupo del Banco Mundial propuso en 1993 en su informe, creando un Sistema de Protección en Salud, que contribuya a deslindar al Estado de su responsabilidad, haciendo que la población de acuerdo a su capacidad financiera pague por la atención a su salud.

Con base a la revisión teórica de las principales características del Seguro Popular de Salud, así como de las políticas que el Grupo del Banco Mundial propuso en “Invertir en salud”, y lo planteado en este análisis, se considera que efectivamente el estado mexicano ha puesto en marcha políticas en salud, que forman parte de las propuestas del Grupo del Banco Mundial, y que sin duda como se mencionó en el capítulo IV, forman parte de las estrategias que este organismo pone en marcha para garantizar los pagos de las deudas, que en el caso de nuestro país actualmente rebasa los 200 millones de dólares.

Además de esto, es importante mencionar que México, recientemente solicitó apoyo económico al Banco Mundial, para financiar proyectos en relación con la protección social uno de ellos es “Support to the Social Protection System in Health”, aprobado en año 2010 con un presupuesto 26, 861 millones de dólares, que debería ser utilizado para preservar y expandir la cobertura del Seguro Popular de Salud a personas que no participan en el régimen contributivo de la seguridad social, enfocándose principalmente a las comunidades indígenas (Banco Mundial, 2015). El Seguro Popular de Salud, es un proyecto que está apoyado directamente por el Grupo del Banco Mundial, ya que el hecho de que el gobierno mexicano haya aceptado y puesto en marcha las políticas propuestas por dicho organismo, le sigue abriendo las puertas a la concesión de préstamos, lo que deja una idea de cómo sigue siendo la relación entre nuestro país y este organismo internacional.

En general, las políticas puestas en marcha los últimos años a través del Seguro Popular de Salud, forman parte de las estrategias que el Estado ha implementado con la finalidad de seguir manteniendo un orden económico estable, buscando una redistribución económica a cambio de ofrecer los servicios de salud, que como parte de un derecho deberían ser

garantizados por el mismo Estado. “Invertir en Salud” es una propuesta más para generar ganancias y estimular a los sectores privados a participar en el ámbito de la salud.

Finalmente si se toma en cuenta el concepto de política en salud en el que se especifica que es una estrategia enfocada a prevenir enfermedades, promover la salud y procurar el bienestar de la población, a través de servicios médicos de calidad y accesibilidad, se puede entender que las nuevas propuestas se enfocan a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud, sin embargo, lejos de procurar el bienestar de la población, buscan responsabilizar económicamente a las personas en cuestiones que tienen que ver con el cuidado de su propia salud, deslindando al Estado de sus responsabilidades.

CONCLUSIONES

El análisis realizado en este trabajo contribuyó a visibilizar la correspondencia que existe entre algunos componentes estratégicos del Seguro Popular de Salud con los lineamientos internacionales emitidos por el Grupo del Banco Mundial. Este ejercicio permitió problematizar en torno a los cambios estructurales que se han implementado en el sector de la asistencia social, específicamente en los componentes de financiamiento y prestación de servicios.

Durante el desarrollo de esta investigación se revisaron diferentes vertientes teórico-metodológicas, recuperando aportes de la teoría general de sistemas y del modelo histórico social, los cuales aportaron categorías de análisis que han contribuido a problematizar esta temática; desde las que se han generado una diversidad de estudios que se recuperaron para elaborar este trabajo. Tomando estos referentes se construyó una matriz que facilitó el análisis comparativo entre los componentes del SPS y los lineamientos del BM. A partir de ello, se evidenciaron algunas implicaciones que tienen que ver con al ámbito de actuación del Estado en el sector de la asistencia social y como es que éstas han repercutido en las condiciones de acceso, utilización y financiamiento de servicios públicos de salud en la población abierta. De esta manera, en las conclusiones de la tesis presente expone de manera sucinta las implicaciones que tiene la reforma neoliberal en el grado de control y el ejercicio de las funciones del Estado, poniendo especial énfasis en las consecuencias o efectos que tiene este conjunto de transformaciones en el financiamiento y prestación de servicios de salud para la población abierta.

En general, el hecho de que el Estado mexicano se alineara a las políticas establecidas por el BM, es un proceso que inició como una relación financiera que parecía beneficiar a ambas partes, pero, como consecuencia a las condiciones, sociales, económicas y políticas de ámbito nacional e internacional, dicha relación cambió, por lo que México se ha subordinado a los lineamientos dictados por este organismo internacional, lo que ha llevado a una serie de implicaciones en los diferentes sectores; sobre todo en el de la salud. Con base en las variantes revisadas a lo largo de este trabajo, se pudo constatar que la asistencia social ha sido el blanco perfecto para aterrizar las políticas de corte neoliberal que recientemente se han puesto en marcha en nuestro país, con las cuales se ha cambiado la

forma de visualizar a la salud; abordándola como un bien rentable con el que se puede comercializar.

En la tesis presente se expusieron los rasgos característicos de la reforma neoliberal centrando la atención en las transformaciones que han afectado al sector de la asistencia social. Como preámbulo al SPS, se proporcionó un panorama general del proceso de descentralización administrativa que afectó fundamentalmente a la Secretaría de Salud. Desde una perspectiva crítica, se destacó que la descentralización puede ser entendida como una estrategia inicial de la reforma neoliberal porque apoyó a la reducción del grado de control del Estado, en el caso de la Secretaría de Salud, su papel ha ido disminuyendo, siendo un organismo que teóricamente debería responder a regular, prestar y financiar en su mayor parte los servicios de salud, ahora estas funciones están siendo limitadas lo que se visibiliza con la puesta en marcha del SPS.

Se sustentó que en el caso de nuestro país, estas estrategias han implicado una reducción sistemática del gasto federal en salud asignado a cada entidad federativa. Bajo un discurso que argumentaba la supuesta libertad programática y la asignación de recursos necesarios para atender las necesidades de la población y las especificidades del contexto estatal y local, se determinó la reducción del gasto en salud en el ámbito estatal, siendo las entidades federativas con mayores índices de marginación y pobreza, las más afectadas.

Con base a la revisión teórica que sostiene esta investigación, se concluyó que hay una reconfiguración del papel de Estado, en diferentes ámbitos, pero sobre todo en el de salud, que en la actualidad se refleja en servicios deficientes, cambiando la forma de percibir la protección de la salud. Desde la teoría general de sistemas, el Estado debería actuar como un ente regulador del sistema, favoreciendo a la población a través de la implementación de principios de acceso, así como ejerciendo un grado de control para los prestadores de servicios de salud, particularmente en lo que respecta el financiamiento, la prestación y regulación. La corriente neoliberal que orientó la descentralización favoreció el debilitamiento de las funciones del Estado en el ámbito del financiamiento, dejando esta responsabilidad en manos de las entidades federativas y de la misma población.

En el sector público de salud, las potenciales consecuencias de la reforma neoliberal se hicieron evidentes mediante un notable desfinanciamiento de los servicios de salud públicos, además del desmantelamiento de dichas instituciones generando un espacio cada vez más amplio para la inserción del sector privado. Dichos cambios reflejan la disminución de las responsabilidades del Estado, afectando a los sectores más vulnerables de la población.

Por lo tanto, en el ámbito de la asistencia social, el SPS, es un ejemplo de cómo el Estado ha dejado de ser un ente que ejerce el control sobre el financiamiento y la producción de servicios de salud. Como se ha señalado en este trabajo, el SPS se articuló como una estrategia que en términos formales (discursivos) pretendía disminuir los gastos de bolsillo y los riesgos a los gastos empobrecedores y catastróficos. El análisis crítico permitió visualizar el nuevo esquema de financiamiento, que se puso en marcha con el SPS, rompiendo con la lógica unipartita que anteriormente ratificaba la responsabilidad que tenía el Estado para garantizar la funcionalidad del sector de la asistencia social.

El SPS permitió argumentar que se trata de una estrategia que prioriza el esquema bipartita basado en los mecanismos de co-pago, estableciendo una cuota de recuperación anual por cada familia afiliada. Dicho esquema implica por un lado, la disminución del ámbito de actuación del Estado en lo que respecta al financiamiento de los servicios de salud, dejando la responsabilidad económica de la salud en manos de los usuarios y las familias que conforman la población abierta; y por otro, la reorientación de los servicios del sector de la asistencia social, lo que se expresa en la lógica neoliberal que ha promovido la mercantilización de los servicios, “más mercado y menos Estado” (Tetelboin, 2009).

Cabe señalar que en años recientes se ha registrado un aumento en la afiliación al SPS, lo que sugiere que efectivamente se está beneficiando a un gran sector de la población, esta situación no ha garantizado el acceso a la atención médica con calidad ni oportunidad, pero si representa un ingreso económico para la institución a través de las cuotas de afiliación que son de carácter obligatorio, esta situación da una idea de la importancia que tiene el hecho de aumentar el número de afiliados y de implementar la recuperación de costos a través de estrategias para el acceso a la protección social.

Además de las transformaciones por las cuales el Estado ha transitado como consecuencia a la reforma neoliberal, y que han tenido repercusiones en su actuación con respecto al financiamiento, con la puesta en marcha del SPS, también se puede hablar de la disminución de su papel en la prestación de servicios para la población abierta. En este trabajo se evidenció que la provisión de servicios en el SPS, se da a través de un esquema muy elaborado y limitado brindando sus servicios a través del CAUSES, el FPGC y un paquete limitado de medicamentos. Como se documentó en esta investigación, estos tres componentes han constituido puntos angulares de la estrategia gubernamental neoliberal que ha respondido plenamente a lo que propuso el BM en su Informe Invertir en Salud, en el que se estableció que debía priorizarse la implementación de esquemas de prestación que aseguraran servicios clínicos esenciales (atención primaria a la salud), cuadros básicos de medicamentos, medidas de salud pública esenciales (servicios no personales básicos) y el debilitamiento del nivel terciario.

EL CAUSES y el FPGC, se traducen en un conjunto de intervenciones que teóricamente deberían responder a las necesidades de la población, pero, algo muy cuestionable es que son limitados, ya que efectivamente no incluyen todas las enfermedades dentro de sus servicios. El CAUSES cubre alrededor de 280 patologías y el FPGC aproximadamente 60, por lo que en un determinado momento serán los mismos usuarios quienes paguen por su atención. Otro aspecto que ha sido causa de críticas es que centra su atención hacia el primer y segundo nivel de atención, asignando una mínima cantidad de recursos al FPGC, para cubrir las enfermedades de tercer nivel y servicios de básicos de salud pública, tal y como lo establece el BM.

La idea de establecer paquetes de servicios básicos, es una acción que apoya a la creación de un nuevo sistema de atención a la protección social, que nada tiene que ver con brindar una prestación asegurada de servicios, por el contrario apoya a la mercantilización de la salud, en dónde paga quien tiene la capacidad económica, dejando desprotegidos a ciertos sectores de la población, a pesar de que discursivamente se propone beneficiar a los sectores vulnerables. Aunado a esta situación, si se toma en cuenta que en México, las enfermedades crónicas no trasmisibles son el principal problema de salud, entre las que destacan la hipertensión arterial y la diabetes, las cuales afectan a más de la mitad

población (ENSANUT, 2016), se puede percibir el panorama de crisis de los servicios de atención médica, si se considera que la mayor parte de los recursos se está asignando a enfermedades de primer nivel, tal y como lo establece el BM.

Además del CAUSES y el FPGC, el SPS ofrece un paquete específico que incluye alrededor de 500 medicamentos para los derechohabientes, este servicio opera de manera similar al CAUSES y FPGC, siguiendo la misma lógica en la que, si el paciente requiere algún medicamento que no se encuentre en el paquete, tendrá que comprarlo en establecimientos privados. De esta manera se puede identificar que, aunque el SPS plantea la disminución de los gastos de bolsillo, se responsabiliza a la población a pagar una buena parte de su tratamiento, respondiendo a lo que propone la lógica neoliberal; que pague quien tiene la capacidad de hacerlo. Esta situación reafirma la nueva forma de visualizar el derecho a la salud, pasando a verse como un privilegio y no como un derecho universal.

En general, los tres paquetes implementados por el SPS, son limitados debido a que se conforman por una cantidad baja de servicios que no responden al mosaico epidemiológico actual en donde las enfermedades crónicas son las que prevalecen y aunque se ha pasado por un proceso de transición epidemiológica, aún prevalecen los padecimientos infecciosos, a pesar de esta situación que muestra un panorama alarmante, el SPS ha definido sus servicios sustentado en un grupo homogéneo, por lo que evidentemente no es un esquema basado en las necesidades de salud de la población, más bien es un esquema de mercantilización, sustentado por la reforma neoliberal.

Otro punto de análisis que surgió en esta investigación y que va de la mano con los servicios que proporciona el SPS, es la infraestructura con la que cuenta dicha institución para atender a los derechohabientes, siendo una limitante para garantizar el acceso a la atención médica ya que opera bajo la misma capacidad instalada de la red socio-sanitaria de la SSA que previamente se había visto afectada por el proceso de desfinanciamiento que propició la descentralización. Esta es una cuestión que en la actualidad está causando dificultades, debido a que por cada mil afiliados, la cantidad de insumos y bienes disponible es muy limitada. Por ejemplo, en el análisis de indicadores básicos de equidad (accesibilidad) se identificó que, en el periodo 2008-2010, en todas las entidades federativas hubo un decremento del número de camas por cada 1000 afiliados al SPS; para

el 2008, nueve entidades federativas quedaban por arriba de la media nacional (2 camas por cada 1000) mientras que para el 2010, sólo el DF y Sonora alcanzaban este indicador. En el caso del número de médicos por cada mil afiliados de 2008-2010, la cantidad disminuyó, siendo solamente el Distrito Federal quien cuenta con 8 médicos por mil derechohabientes mientras que el resto de las entidades tiene menos de 3, encontrándose por debajo de la media nacional (3 médicos por cada 1000) (CONEVAL 2014).

De acuerdo con las bases teóricas de esta investigación, se sustenta que las políticas económicas neoliberales aplicadas en los últimos años, han provocado estragos en el sistema de salud, principalmente en los servicios brindados, con la puesta en marcha del SPS; promoviendo un acceso desigual a los servicios sanitarios y un desequilibrio en la distribución de recursos entre la atención preventiva y curativa, traspasando así una parte sustantiva de los pagos a la población, haciendo notables las repercusiones en la accesibilidad en donde los usuarios se enfrentan a diferentes barreras administrativas, teniendo que demostrar su estado de vulnerabilidad, además cumplir con los trámites administrativos (papeleo) necesarios para poder ser beneficiario. Dicha situación no garantiza una atención efectiva, más bien a través de los mecanismos financieros, la población está pagando servicios deficientes y escasos con la falta de infraestructura, especialistas, medicamentos, entre otros insumos básicos.

En la actualidad la puesta en marcha del SPS, ha sido causa de ciertas críticas, con las que se argumenta, por un lado, que se está beneficiando a ciertos sectores de la población, pudiéndose comprobar a través de los datos de afiliación que en los últimos años han ido en aumento, pero, por otro lado, se cuestionan los diversos mecanismos puestos en marcha, con los cuales se denota un panorama alarmante respecto a la accesibilidad de los servicios. Es importante reflexionar en torno a la mirada de la reforma neoliberal hacia la protección de la salud, traduciéndose en la aplicación de barreras administrativas, restricción en el acceso, servicios de mala calidad, insuficiencia de medicamentos, falta de infraestructura, limitación y pago de los servicios médicos, entrando a una lógica de apoyo a un sistema de salud fragmentado con una política focalizada a ciertos sectores de la población.

Finalmente y como resultado al desarrollo de este trabajo, es importante reflexionar en torno al impacto de las políticas que emergen en contextos nacionales, regionales y locales,

reconociendo que han contribuido a una nueva forma de visibilizar el sistema de protección social de la salud, reorientando sus objetivos y formas de operación hacia el mercado y apoyando a un modelo fragmentado que desde su creación se ha perfilado para dar atención a grupos prioritarios, deslindando al Estado de sus responsabilidades y poniendo en marcha procesos que enmascarados bajo el cumplimiento del derecho a la protección de la salud, buscan llevar a la salud hacia procesos de mercantilización. De esta manera el SPS ha sido utilizado como un logro dentro del marco de la reforma neoliberal, que sustentado en un discurso de inequidad y desigualdad del derecho a la protección de la salud, busca la aceptación por parte de la población viéndolo como un instrumento de protección financiera.

En general, el SPS es una manifestación del cumplimiento de los lineamientos establecidos por el BM, que ha contribuido al adelgazamiento del Estado, a la descentralización y a la focalización de los servicios de salud.

- **Aportes desde la Promoción de la Salud**

La elaboración de investigación confirmó la relevancia que tiene la protección de la salud para el campo de la Promoción de la Salud. Se considera significativo aportar a la discusión académica que apela por fortalecer los mecanismos de protección social en salud, ya que como se ha evidenciado en este trabajo, éstos contribuyen a operativizar aspectos centrales del derecho a la salud y definir condiciones de acceso y utilización de servicios públicos de salud en la denominada población abierta. De ahí la trascendencia de esta tesis, en la que se abordaron cambios y continuidades en las condiciones sociopolíticas que definen el ejercicio del derecho a la protección a la salud en las últimas décadas.

El desarrollo de este trabajo permitió ubicar el derecho a la protección de la salud como un eje central de la discusión abordada en conferencias internacionales. En el caso de nuestro país se cuenta con un marco jurídico-legal que protege el derecho a la salud (iniciando por la Constitución Política en sus artículos 4º y 123º), pero no se puede hablar de una universalidad en el acceso sobre todo si se toma en cuenta que contamos con un sistema que se creó de una forma fragmentada brindando atención a grupos específicos definidos en función de su inserción en la esfera productiva.

Con base en el análisis, se puso en evidencia que con la implementación del SPS, se ha profundizado la fragmentación que caracteriza a nuestro sistema de salud, teniendo notables repercusiones en sectores específicos de la población. Asimismo, es importante reconocer que la reforma neoliberal es un proceso dinámico que se encuentra en constante cambio. Este dinamismo impone importantes retos para las investigaciones interesadas en abordar y proponer alternativas en esta línea de trabajo vinculada con el objeto de estudio que corresponde a la respuesta social organizada.

Desde esta perspectiva, se considera que los resultados de esta investigación han contribuido a la búsqueda, el ordenamiento, sistematización y análisis de información especializada que aporta al entendimiento de las características e implicaciones de las reformas en salud. Por lo tanto, la tesis puede constituirse como un material que sirva como base para la difusión de información entre los actores sociales interesados (por ejemplo, tomadores de decisiones, prestadores directos de servicios, redes y alianzas, población usuaria, estudiantes, entre otros).

En este sentido, la revisión sistemática y crítica realizada a lo largo de la tesis podría constituirse como un material de consulta que puede ser revisado en el marco de la Licenciatura de Promoción de la Salud en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM); ya que se trata de un documento que buscó integrar contenidos temáticos abordados en diferentes asignaturas fundamentales de la estructura curricular, tales como, Salud Pública, Salud Comunitaria, Promoción de la Salud, Sistemas de Protección Asistencia y Rehabilitación de la Salud, y Legislación Sanitaria. Asimismo, el sustento teórico y el análisis crítico de un componente de las reformas en salud pueden ser empleados como una herramienta de referencia para realizar futuras investigaciones vinculadas con el campo de la Promoción de la Salud.

Los hallazgos generados en el marco de la tesis también pueden contribuir a la construcción e implementación de futuras iniciativas de investigación-acción que se articulen con las demandas, estrategias y líneas de trabajo planteadas por los movimientos sociales y académicos que se encuentran vigentes y que apelan a la defensa de las instituciones públicas de salud y del derecho a la salud. A partir del trabajo conjunto entre promotores de salud y los actores sociales clave se puede realizar un proyecto sólido que fortalezca las

acciones que apelan a la protección del derecho a la salud mediante la organización de foros, conferencias y talleres informativos con diferentes líneas temáticas, así como plataformas virtuales educativas e incluso el diseño de material informativo, como trípticos, dípticos, carteles y volantes.

Es importante mencionar que en México existen diversos organismos que trabajan en relación con estos temas y que recientemente han mostrado su rechazo hacia las nuevas imposiciones en el sector salud, tal es el caso de algunos sectores críticos del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) y del Sindicato Nacional de los Trabajadores del ISSSTE (SNTISSSTE), la Asociación Latinoamericana de Medicina Social México (ALAMES México), la Red Mexicana de Municipios por la Salud, instituciones académicas, instituciones médicas y movilizaciones por parte de la población, con las cuales se podrían realizar propuestas complementarias en apoyo a sus acciones.

Esta es una propuesta viable con la que se podrían enriquecer los resultados aquí presentados, además de involucrarse con los sectores de la población que están siendo afectados y contribuir a su lucha por la defensa del derecho a la salud. En este marco, es de interés personal darle continuidad a este trabajo, integrándolo como parte de una propuesta metodológica de investigación – acción, vinculando el estudio de esta problemática en su contexto actual con acciones y programas de carácter social. Otra forma de utilizar los resultados de este trabajo recepcional, es retomándolo durante estudios de posgrado. Como Promotora de Salud consideró relevante dar continuidad a esta línea de trabajo planteando el abordaje de las siguientes interrogantes: ¿Qué rumbo tomará el sistema de salud mexicano? ¿Existen condiciones para integrar un seguro universal? ¿Cuáles son las potenciales implicaciones de las acciones de integración entre la asistencia y la seguridad social? ¿Cómo cambiará la forma de financiar los servicios de salud? ¿Cómo se implementarán los seguros privados en la población abierta? ¿Cómo cambiara el papel del Estado?

Esta investigación deja nuevas interrogantes, que forman parte de retos tanto personales como para el campo de acción de la promoción de la salud, teniendo un espacio para el desempeño profesional y académico, siendo un punto de partida para la investigación – acción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aday, L. y Andersen, R. (1974). *A Theoretical Framework for the study of Access to Medical Care*. Health Services Research. Vol 9 (3), pp. 208-220.
2. Arredondo, A. L, Recaman, M. A.L, (2003), *El financiamiento de la salud en México: algunas evidencias para las políticas del sector salud*, Hitos de Ciencias Económico Administrativas, pp. 9 – 16.
3. Arredondo, A. L. (2002), *Federalismo y salud: estudio de caso sobre el sistema de salud en México*, obtenida el 21 de diciembre de 2012, de sitio web: <http://foumfed.org>.
4. Arredondo, A. L, Recaman, M. A.L. (2003), *El financiamiento de la salud en México: algunas evidencias para las políticas del sector salud*, Hitos de Ciencias Económico Administrativas, pp. 9 – 16.
5. Árambula, A. (2008). *Tratados Comerciales de México*. Septiembre 2015, de Centro de documentación, información y análisis Sitio web: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spe/SPE-ISS-05-08.pd>
6. Arias M, Vera J. (2002). Banco mundial y fondo monetario internacional ¿una ayuda para los países pobres? Abril, de 2016, de Cristianisme i Justicia Sitio web: <https://www.cristianismeijusticia.net>.
7. Banco Mundial. (1993). *Invertir en Salud Indicadores del Desarrollo Mundial. Septiembre de 2015*, de Banco Mundial Washington, D.C, Sitio web: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/282171468174893388/Informe-sobre-el-desarrollo-mundial-1993-investir-en-salud>
8. Carbonell, M. (2012). *Los derechos humanos en México durante el siglo XX: notas para su estudio*. Revista Mexicana de Historia del Derecho, Vol. XXVI, pp. 121 - 145.
9. Cardona, O. J. (1988), *La concepción de la salud enfermedad y salud pública, según los diferentes modos de producción*, Revista Centroamericana de salud pública, pp. 103 – 133.
10. Cecchini, S, et al. (2015). *Instrumentos de Protección Social*. Santiago: CEPAL.
11. Centro de Estudios de Finanzas Públicas. (2009). *El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a dos años de la*

- reforma*. Agosto de 2015, de Cámara de Diputados, H Congreso de la Unión Sitio web: www.cefp.gob.mx.
12. Centro de Estudios Sociales y de opinión Pública (CESOP). (2005). *Programa Seguro Popular*. Septiembre de 2016, de Cámara de Diputados Sitio. México, D.F.
 13. Clifton, J. (1999). *Sindicato y política en México: el caso de la privatización de Telmex*. Política y Gobierno, Vol. VI, pp. 407-440.
 14. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2015). *Catálogo Universal de Servicios de Salud*. Septiembre de 2015, de Secretaría de Salud Sitio web: www.seguro-popular.gob.mx.
 15. Constitución Política de la República Mexicana de 1857. (1857). 3 de Agosto de 2015, de Instituto de Investigaciones Jurídicas Sitio web: <http://archivos.juridicas.unam.mx/www/legislacionfederal/historicos/1857.pdf>
 16. Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2014). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*. México, D.F. CONEVAL.
 17. Contreras, G y Tetelboin, C. (2006). *Rasgos y características del Seguro Popular de Salud como mecanismo de protección en salud y sus efectos en los Centros de Salud Comunitarios de la Secretaría de Salud del Estado de México*. Abril de 2015, de UAM Xochimilco Sitio web: <http://www.iztapalapa.uam.mx/amet/vcongreso/webamet/indicedemesa/ponencias/Mesa%2016/Contrerassm16.pdf>
 18. Cortés, F. (2001). *Acerca de la reforma y desigualdad económica*. Noviembre de 2015, de CLACSO Sitio web: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/pobreza/pobreza.html>
 19. Chanes, J. (1993). *Conceptualización y alcance de la reforma administrativa*. Octubre de 2015, de Sitio web: www.bibliohistorico.juridicas.unam.mx/libros/3/1203/8.pdf
 20. Dávalos, P. (2003). *FMI y Banco Mundial: La estrategia perfecta*. Agosto de 2015, de Universidad Politécnica de Catalunya Sitio web: http://www.elcorreo.eu.org/IMG/article_PDF/FMI-y-Banco-Mundial-La-Estrategia-Perfecta_a2168.pdf

21. Dávalos, P. (2004). *La noticias secretas del Banco Mundial: Poder y violencia en la reforma estructural*. Abril de 2015, de Instituto Científico de Culturas Indígenas Sitio web: <http://icci.nativeweb.org/boletin/72/davalos.html>
22. Díaz, U.O, (1998), *Historia del Protomedicato*, Archivos Bolivianos de historia de la medicina, pp. 15 – 16.
23. Eco, U. (2000). *Cómo hacer una tesis: técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura*. Barcelona: Edt. Gedisa.
24. Elizondo, C. (2007). *El derecho a la protección de la salud*. Salud Pública de México, vol. 49, pp. 144 - 155.
25. ENSANUT. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Resultados Nacionales. Septiembre de 2015, de Instituto Nacional de Salud Pública Sitio web: <http://ensanut.insp.mx/>
26. Fajardo, G. (2004), La descentralización de los servicios de salud en México; 1981 – 2000, [Versión electrónica], Obtenida el 16 de Octubre de 2012, de www.elementos.buap.mx/num53/pdf/45.pdf.
27. Fajardo, G. (2012). *México 1861. Perspectiva histórica de la secularización de los hospitales*. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, Vol. 55, pp. 44-47.
28. Fernández, J, et al. (1995). *Una agenda a debate: El informe del Banco Mundial "Invertir en salud"*. Rev. Esp. Salud Pública, Vol. 69, pp. 385-391
29. Figueroa, R. (2013). *El derecho a la Salud. Estudios Constitucionales*, Vol. N° 2, pp. 283 – 332
30. FUNSALUD. (2012). *Universalidad de los Servicios de Salud*. Octubre de 2015, de Sitio web: www.funsalud.org.mx
31. Foucault, M. (1997). *Historia de la medicalización*. Educación Médica y Salud, Vol. 11, pp. 3-25.
32. Frenk, J, Gonzales, E, Dántes, O, Lezaman, M.A, Knual, F.M (2007), *Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México*, Salud Pública, México, pp. 23 – 35.
33. Frenk, J. (2006). *Sistema de Protección Social en Salud*. México: Fondo de Cultura Económica.

34. Frenk, J. M, Avedis, D. (1987), *Los sistemas nacionales de salud; una perspectiva comparativa*, [Versión electrónica], Revista de administración Pública; Administración del sector salud, pp. 221 – 236.
35. Frenk, J. M (1997), *La salud de la población hacia una nueva salud pública*, México, DF, Ed. Fondo de Cultura Económica.
36. Gargallo, I.P. (2004), *Sistemas económicos*, 13 de mayo de 2013, de sitio web: www.ecobachillerato.com/.
37. García, D y Machado, J. (2012). *La transformación del sistema de salud y el Seguro Popular*. Gaceta Médica de México, Vol. 148, pp. 518-524.
38. Gallar, P, Manuel. (2006). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid, España: S.A. Ediciones Paraninfo.
39. Giedion, U, et al. (2010). *Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado*. Septiembre de 2015, de Fundación MAPFRE Sitio web: <https://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/>
40. Godoy, M. (n.d), *Clases sociales, Formas de Estado y Modos de Producción*, Comité de Unidad Campesina, Guatemala, pp. 8 - 53.
41. Gómez, J. (n.d). *Salud y Sociedad*. Colombia: Programa Médicos Comunitarios.
42. Gómez, D. O, Sesma, S. B, Knaul, V. M, Arreola, F. M, Arreola, E, Frenk, J, (2011) *Sistema de Salud en México*, [versión electrónica] Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 220 – 233.
43. Gómez, O. (2005). *El Seguro Popular de Salud es un instrumento de justicia social. En Seguro Popular de Salud. Siete Perspectivas* (pp. 15-20). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
44. Gómez, D. C. M (2002), *Servicios de Salud Indicadores de cobertura y uso de servicios*, [versión electrónica], FLACSO, pp. 2 – 12.
45. González, S. (n.d). *Régimen Jurídico de Comercio Exterior*. Agosto de 2015, de UNAM Sitio web: [http://www.derecho.unam.mx/oferta-educativa/licenciatura/sua/Guias/Guias_1471/Quinto%20Semestre/Regimen_Juridico del Comercio Exterior 5 Semestre.pdf](http://www.derecho.unam.mx/oferta-educativa/licenciatura/sua/Guias/Guias_1471/Quinto%20Semestre/Regimen_Juridico_del_Comercio_Exterior_5_Semestre.pdf)
46. Gutiérrez, A. (2008). *El derecho a la protección de la salud, un derecho transhumanizado*. CONAMED, Vol. 13, pp. 43 - 48.

47. Granados, J. A y Ortiz L. (2003). *Descentralización sanitaria en México: Transformación en una estructura de poder*. Revista Mexicana de Sociología, Vol. 3, pp. 591-627.
48. Homedes, N y Ugalde A. (2008). *25 años de descentralización del sistema de salud mexicano: una experiencia para analizar*. Rev. Gerencia política de Salud, vol. 7, 26-43.
49. Homedes, N y Ugalde A. (2005). *Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso*. Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 17, pp. 210-220.
50. Homedes, N y Ugalde A. (2010). *Neoliberalismo y salud. El engaño del Banco Mundial y el FMI*. Viento Sur, Vol. 109, pp. 83-88.
51. IMSS. (2013). Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018. Noviembre de 2016, de IMSS Sitio web: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/PIIMSS_2014-2018_FINAL_230414.pdf
52. Instituto de Investigaciones Jurídicas. (2013). *El derecho a la salud como un derecho fundamental*. Septiembre de 2015 , de UNAM Sitio web: <http://biblio.juridicas.unam.mx>
53. INEGI. (2013). *Mujeres y hombres en México 2013*. Agosto de 2015, de Sitio web: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101234.pdf
54. INEGI. (2012). *Conociendo México*. Agosto de 2015, de INEGI Sitio web: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/productos/>.
55. Jaramillo, M.C, (2007), *La descentralización de la salud en México: avances y retrocesos*, Revista de Gerencia y políticas de salud, Bogotá Colombia, pp. 85 – 111.
56. Jardón, AM. (2004). *500 años de salud indígena*. México, D.F: Librero editor.
57. Kornblit, A, Mendes, A, M. (2000). *La salud y la enfermedad aspectos biológicos y sociales*. Buenos Aires: Grupo Editor Aique.
58. Knaul, F, et al. (2013). *Hacia la cobertura universal en salud: Protección social para todos en México*. Salud Pública de México, vol. 55, pp. 207-237.
59. Laurell, C. (2013). *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud mexicano*. Buenos Aires: CLACSO-CROP.

60. Laurell, C. (2012). *Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina*. Medicina Social, Vol. 5, pp. 79-88.
61. Laurell, C. (2010). *La Segunda Reforma de Salud Aseguramiento y compra-venta de servicios*. Salud Colectiva, Vol. 6, pp. 137-148.
62. Lechuga, M, Vyeira, R. (2014). *Las reformas de salud en América Latina*. Entreciencias, Vol. 2, p.p 13.
63. López, O. y Blanco. (2006). *Nuevas políticas sociales en México*. CONACULTA/INAH, pp. 15-26.
64. López, O y Blanco J. (2001). *La polarización de la política de salud en México*. Revista de Salud Pública, Vol. 17, pp. 43-54
65. López, S. (2005). *Sistemas de Salud comparados; Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años 90*. Septiembre de 2015, de FTS -UNLP Sitio web: <http://www.monografias.com/trabajos34/sistemas-salud/sistemas-salud.shtml>
66. López, M, et al. (2011). *La necesidad de transformar el sistema de salud en México*. Gaceta Médica de México, Vol. 147, pp. 469-464.
67. Magaña, V. (2012). *La Escuela de Salud Pública de México su fundación y primera época 1922-1945*. Revista de Salud Pública, Vol. 55, 81-91.
68. Martínez, R y Soto, E. (2012). *El Consenso de Washington: la instauración de las políticas neoliberales en América Latina*. Política y Cultura, Vol. 37, pp. 33-64.
69. Mejía, J.M, (2003), *Sistemas de servicios de salud, Fundamentos de salud pública tomo II*, obtenida el 25 octubre de 2012, de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia2012/13.pdf>.
70. Mejía, M.L, Franco, A, (2007), *Protección social y modelos de desarrollo en América Latina*, Revista de salud pública, Colombia, pp. 471 – 481.
71. Menéndez, E. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. Ciencia y Salud Colectiva, Vol. 8, 185-207.
72. Mercer, H. (1984). *Hospitales y práctica médica en la Ciudad de México*. Estudios Sociológicos, vol. II, pp. 335 – 349

73. Merino, G. (n.d). *Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo*. Agosto de 2015, de FUNSALUD Sitio web: <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/14-Descentralizacion.pdf>.
74. Moreno, L, Jaimes, C. (2015). *La protección social en salud durante el gobierno de Calderón, avances y rezagos en la implementación del Seguro Popular (2006 - 2012)*. Foro Internacional, Vol. LV, pp. 2017 - 261.
75. Moreno, G. (1997). *Cómo investigar Técnicas documental y de campo*. México, D.F: Edit. EDÉRE.
76. Navarro V. (2008) *¿Qué es una política en salud?* Panamá: CELA, Centro de Estudios Latinoamericanos Justo Arosemena.
77. Nigenda, E, et al. (2003). *Mezcla público-privada en el sector salud. Reflexiones sobre la situación en México*. Noviembre de 2015, de Innovaciones en salud Sitio web: <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/16-MezclaPublicoPrivado.pdf>
78. Urzúa, C. (2007). *Seis décadas de relaciones entre el Banco Mundial y México*. Estudios Económicos, Vol. 3, pp. 48-56.
79. Ochoa, SM. (2006). *Seguridad Social*. Septiembre de 2015, de Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública Sitio web: www.diputados.gob.mx/cesop/.
80. OMS. (2012). *El derecho a la Salud*. 25 de Octubre 2012, de OMS Sitio web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.
81. OPS. (2000). *Desafíos para la educación en Salud Pública: La reforma Sectorial y las funciones esenciales de Salud Pública*. Washington, D.C.
82. Ortiz, M et al. (2008). *La reglamentación del ejercicio farmacéutico en México*. Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas, Vol. 39, pp. 12 - 19.
83. OPS, OMS. (2002). *Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo*. Agosto de 2015, de OPS Sitio web: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/21467>.
84. Osorio, M. (2006). *Reformas al régimen de jubilaciones y pensiones del IMSS. El futuro que no llega*. El Cotidiano, Vol. 34, pp. 41-47.

85. Osorio, M. (2004). *Reforma a la Ley del Seguro Social ¿Una nueva forma de intervención Estatal en materia laboral?* El Cotidiano, Vol. 20, pp. 35 - 39.
86. Osorio, O. (2014). *Declaración de Alma Ata*. 3 Agosto de 2015, de Secretaria de Salud Sitio web: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>.
87. Osorio, O. (2014). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. 3 Agosto de 2015, de Secretaria de Salud Sitio web: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>.
88. Osorio, O. (2014). *Políticas Públicas para la Promoción de la Salud, Recomendaciones de Adelaide*. 3 Agosto de 2015, de Secretaria de Salud Sitio web: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>.
89. Osorio, O. (2014). *Declaración ministerial de México para la Promoción de la Salud*. 3 Agosto de 2015, de Secretaria de Salud Sitio web: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>.
90. Osorio, O. (2014). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. 3 Agosto de 2015, de Secretaria de Salud Sitio web: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>.
91. Osorio, O. (2014). *7th Global Conference on Health Promotion Nairobi, Kenya*. 3 Agosto de 2015, de Secretaria de Salud Sitio web: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>.
92. Osorio, O. (2014). *The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland*. 3 Agosto de 2015, de Secretaria de Salud Sitio web: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>.
93. Osorio, O. (2014). *A new perspective on the health of Canadians*. 3 Agosto de 2015, de Secretaria de Salud Sitio web: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>.
94. Palacio Legislativo. (2005). *Reforma a la ley del ISSSTE. Resumen de elementos para discutir*. Octubre de 2015, de Cámara de Diputados Sitio web: http://archivos.diputados.gob.mx/Comisiones/Ordinarias/Seguridad_Social/docts/REFORMA%20ISSSTE%20A%20DISCUTIR.pdf.

95. Pérez, T. JA, (1995), *Filosofía y crítica de la cultura*, Ed. Trotta Valladolid, pp. 143 - 56.
96. Pérez, R. (2012). *De la magia primitiva a la medicina moderna*. México D.F: Fondo de Cultura Económica.
97. Pérez, I. (2011). *Las "No enfermedades" y la medicalización*. Agosto de 2016, de Centro de Salud de Tafalla, Navarra Sitio web: www.jano.es
98. Programa Nacional de Salud 2001-2006. (2001). *La democratización de la salud en México: Hacia un sistema universal de salud*. de Secretaría de Salud, México, D.F.
99. Pérez, R. (2013). *Privatización, fusiones y adquisiciones: las grandes empresas en México*. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Vol. 16, pp. 113-140.
100. Pinzón, D. (2007). *¿El Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, necesitan reformas?* Revista de la Facultad de Contaduría Pública, Vol. 13, 61- 73.
101. Raya, M. (n.d). *Reforma a la Ley del ISSSTE: Privatización de la Seguridad Social*. Marzo, 2016, de UNAM Sitio web: www.juridicas.unam.mx.
102. Restrepo, S.L. (2005). *La Promoción de la Salud y sus aportes en alimentación y nutrición*. Investigación y Educación en Enfermería, Vol. XXIII, pp. 110 – 117.
103. Restrepo, H, y Málaga H. (2002). *Promoción de la Salud: Cómo construir una vida saludable*. Bogotá: Médica Internacional.
104. Reyes, L. (2010). *La Conferencia de Bretton Woods. Estados Unidos y el dólar como Centro de la Economía Mundial*. Procesos Históricos, Vol. 18, pp. 72-81.
105. Rodríguez, AC, y Rodríguez ME. (1998). *Historia de la salud pública en México: siglo XIX y XX*. Ciencias de la Salud, Vol. 5, pp. 39-54.
106. Roy, E. (2006). *Las Privatizaciones en México*. Economía UNAM, Vol. 3, pp. 54-64.
107. Rubilar, A. N, Rossi, M. T, (n.d), *Breve historia de la evolución de los sistemas de salud; el caso Argentino, una historia de fragmentación e inequidad*, Comité de la Economía de la salud de la Asociación Médica Argentina, pp. 1 - 39.
108. Ruiz, A, G. (2007). *Las reformas a la ley del ISSSTE: Medicina amarga para un paciente en crisis*. Marzo de 2016, de UNAM Sitio web: www.juridicas.unam.mx.

- 109.**Sánchez, O, (2004), *Reformas estructurales, ¿Cuáles? ¿Se necesitan?* 16 de octubre de 2012, de sitio web: www.scjn.gob.mx/.../ministra/VERACRUZ.%20REFORMA%20ESTRUC
- 110.**Sandoval, JM. (1985). *La internalización del capital y el proceso de industrialización de la frontera México-Estados Unidos*. Nueva Antropología, Vol. VII, pp. 21-40.
- 111.**Seco, M (2007). *Riesgos económicos y financieros en la empresa*. Septiembre de 2015, de Escuela de Negocios Sitio web: http://api.eoi.es/api_v1_dev.php/fedora/asset/eoi:45904/componente45902.pdf.
- 112.**Secretaría de Salud. (2004). *La reforma estructural del Sistema de Salud en México*. Agosto 2015, de Secretaría de Salud Sitio web: www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/seguropopular/reforma.pdf.
- 113.**Secretaría de Salud. (2004). *Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México*, Agosto 2015, de Secretaria de Salud Sitio web: www.gob.mx/salud
- 114.**Secretaría de Salud. (2002). *Desempeño de los sistemas de salud*. Septiembre de 2015, de Secretaría de Salud Sitio web: www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/proteccion.pdf
- 115.**Soberón, G. (n.d), *El sistema nacional de salud*, [Versión electrónica] obtenida el 16 de octubre de 2012, de sitio web: www.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/188.htm.
- 116.**Soberón, G. (2001). *La reforma de salud en México. Economía y Salud*, Vol. 5, pp. 419 - 443.
- 117.**Soberón, G y Martínez, G. (1996). *La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta*. Salud Pública México, Vol. 38, pp. 371-378.
- 118.**Soto, G, Lutsow, A, González, R. (n.d), *Rasgos generales del sistema de salud en México, La salud pública y la medicina*, obtenida el 16 de octubre de 2012, de sitio web: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spii/antologia20III/>.
- 119.**Soberón G, Martínez, G. (1996), *La descentralización de los servicios de salud en la década de los ochenta*, Salud Pública, México, pp. 371 - 378.
- 120.**Superintendencia de Salud. (2007). *Evaluación de la Reforma de Salud y Situación del Sistema Isapres. Diseño Metodológico y Definición de Líneas Basales*.

- Noviembre de 2015, de Gobierno de Chile Sitio web: http://www.supersalud.gob.cl/568/articles-2727_recurso_8.pdf.
- 121.Spicker P, Álvarez S, Gordon D. (2009). *Pobreza: Un glosario internacional*. Octubre de 2015, de CLACSO Sitio web: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/cgi-bin/library>.
- 122.Tamez, S, Arcos. R.I. (2005), *Desigualdad y reforma neoliberal en salud*, Revista Mexicana de Sociología, México DF, pp. 321 – 354.
- 123.Tamez, S, et al. (n.d). *Neoliberalismo y política sanitaria en México*. Septiembre 2016, de UAM-Xochimilco Sitio web: <http://www.fsms.org.br/arquivos/neoliberalismo1.pdf>.
- 124.Tamez, S, et al. (2006). *Adaptación del modelo de Adersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal*. Salud Pública México, Vol. 48, pp. 418-429.
- 125.Tetelboin, C. (2009). *Evaluación de las reformas a la salud y a la seguridad social en América Latina*. Octubre de 2016, de Asociación Latinoamericana de Sociología Sitio web: <http://www.aacademica.org/000-062/1495>
- 126.Toussaint, E. (2004). *Los programas de ajuste estructural definidos por el FMI y el Banco Mundial*. Buenos Aires, Argentina: Ed. CLACSO.
- 127.Tovar, S. (2012). *¿Neoliberalismo maligno o por qué México no crece?* Revista Bien Común, pp. 49 - 55.
- 128.Ugalde, A y Homedes B. (2000). *Descentralización del sector salud en América Latina*. Gaceta Sanitaria, Escuela de Salud Pública, Vol. 16, pp. 18 - 29.
- 129.Urzúa, C. (2007). *Seis décadas de relaciones entre el Banco Mundial y México*. Estudios Económicos, Vol. 3, pp. 48 - 56.
- 130.Vargas, M. (2013). *Metodología de la investigación documental*. Noviembre de 2016, de Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C Sitio web: http://www.conductitlan.net/investigacion_cientifica_en_psicologia/investigacion_documental.pdf
- 131.Vignolo, J. (2011). *Niveles de prevención y atención primaria de la salud*. Prensa Médica Latinoamericana, Vol. XXXIII, 11-14.
- 132.Vergara, Q. (2007). *Tres concepciones históricas del proceso salud - enfermedad*. Revista Hacia la Promoción de la Salud, Vol. 12, pp. 41 - 50.

- 133.**Yañes, V. (2000). *La administración Pública y el derecho a la protección de la salud en México*. México, D.F: Géminis editores e impresores S.A de C.V.
- 134.**World Health Organization, (2000), *¿Por qué son importantes los sistemas de salud?*, informe sobre la salud en el mundo 2000, pp. 3 – 22.