

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Análisis de las reformas y políticas en el sistema de salud público y
asistencial. México 2000-2014**

TRABAJO RECEPCIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADAS EN
PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA:

KAREN FLORES VIADAS

DIANA MARTINEZ ZETINA

Directora de trabajo recepcional
Dra. Roselia Arminda rosales flores

México, D.F. noviembre 2015.

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.

Índice

Agradecimientos	1
Introducción	6
Capítulo 1. Delimitación del problema	9
¿Cuál es nuestro objeto de estudio?	9
Objetivo General	11
Objetivos específicos	11
Justificación	12
Metodología	17
Capítulo 2. Marco Referencial	21
Estudios sobre los servicios de salud en América Latina y el Caribe del año 2001- 2011	21
Perspectiva tradicional.	21
Perspectiva crítica.	45

Discusión.....	52
Transformaciones de las políticas de salud que han reorganizado lo servicios de salud en México desde los 80`s hasta principios del 2000.	54
Reformas o políticas impulsadas durante el gobierno de Miguel de la Madrid (1982-1988).	56
Reformas o políticas impulsadas durante el gobierno de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994).	59
Reformas o políticas impulsadas durante el gobierno de Ernesto Zedillo (1994-2000)	63
Estructura de sistema de salud mexicano a finales de los noventa.	67
Discusión	69
Capítulo 3. Marco teórico	71
Principales conceptos para el abordaje y explicación de las reformas en salud. .	71

Capítulo 4. Resultados y análisis. 87

Reformas o políticas impulsadas durante el gobierno de Vicente Fox Quesada (2000-2006)	87
Reformas o políticas impulsadas durante el gobierno de Felipe Calderón Hinojosa (2006-2012).	96
Reformas o políticas impulsadas durante el gobierno Enrique Peña Nieto (2012-2018)	99
Estructura del Sistema de Salud Mexicano después del Seguro Popular. ..	100
Recursos financieros	102
Recursos físicos y materiales	110
Recursos humanos.	113
Servicios de salud.	115
Causas de muerte de la población mexicana del año 2000-2008.. ..	116
Análisis.	120

Conclusiones	125
Bibliografía	136
Acrónimos, siglas y abreviaturas	142

Índice de gráficas.

Grafica 1. Población de América Latina y el Caribe	23
Grafica 2. Esperanza de vida al nacer de países de América latina y el Caribe ..	24
Grafica 3. Tasa de mortalidad general en países de América Latina y el Caribe .	25
Grafica 4. Tasa de mortalidad infantil en países de América Latina y el Caribe...	25
Grafica 5. Razón de Mortalidad materna en países de América Latina y el Caribe	26
Grafica 6. Gasto total en salud como porcentaje del PIB en países de América Latina y el Caribe	29
Grafica 7. Gasto total en salud per cápita en países de América Latina y el Caribe	30
Grafica 8. Gasto público en salud como porcentaje del gasto en países de América Latina y el Caribe	32
Grafica 9. Gasto privado en salud como porcentaje del gasto en países de América Latina y el Caribe	32
Grafica 10. Unidades de salud en países de América Latina y el Caribe	34
Grafica 11. Razón de camas en países de América Latina y el Caribe.....	35
Grafica 12. Tasa de médicos en países de América Latina y el Caribe	36
Grafica 13. Tasa de enfermeras.....	37
Grafica 14. Gasto en medicamentos cómo % del gasto total en salud en países de América Latina y el Caribe	38
Grafica 15. Gasto total en salud como % del PIB.....	103
Grafica 16. Gasto público y privado total en salud como % del gasto total en salud	104
Grafica 17. Gasto público total en salud como % del PIB	105
Grafica 18. Gasto público total en salud como % del gasto público total	106
Grafica 19. Aportación federal al financiamiento de la salud de la población sin seguridad social (%)	107
Grafica 20. Aportaciones federales y gasto estatal como % del Gasto Público Total en Salud para la Población sin Seguridad.....	108
Grafica 21. Gasto Público Total en Salud en población con y sin seguridad social	109
Grafica 22. Gasto en salud per cápita	110
Grafica 23. Unidades de atención a la salud	111
Grafica 24. Quirófanos	111

Grafica 25. Razón de camas	112
Grafica 26. Razón de médicos	114
Grafica 27 . Razón de Enfermeras	114
Grafica 28. Intervenciones Quirúrgicas de la SSA e IMSS-O cómo % de Intervenciones Quirúrgicas a nivel nacional	115
Grafica 29. Consultas	116

Índice de diagramas.

Diagrama 1: Estructura del sistema de salud mexicano a finales de los 90's	69
Diagrama 2. Sistema de Salud Mexicano después del Seguro popular	101
Diagrama 3. Sistema de salud de Colombia	133
Diagrama 4. Sistema de salud de Chile	134
Diagrama 5. Sistema de salud de México	135

Índice de cuadros y mapas.

Cuadro 1. Modelos de regímenes de política social	78
Cuadro 2. Modalidades de organización de los sistemas de salud	82

Mapa 1. Principales conceptos para el abordaje y explicación de las reformas en salud.....	75
---	----

Índice de tablas.

Tabla 1. Causas de muerte en hombres y mujeres 2000-2014 en países de América Latina y el Caribe	27
Tabla 2. Rectoría de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe	39
Tabla 3. Serie histórica de reformas y políticas de salud en México de 1976-2000	61
Tabla 4. Serie histórica de reformas y políticas de salud en México de 2000-2014	92
Tabla 5. Diez primeras causas de Muerte	118

Un día un gran amigo y profesor nos dijo esta frase y desde entonces la recordamos con amor, gracias por tus sabios consejos y por alegrarnos los días, donde quiera que estés, esperamos que seas feliz.

En memoria del Dr. Cesar Illescas Monterroso

“Hay tres cosas que cada persona debería hacer durante su vida: plantar un árbol, escribir un libro y tener un hijo”

José Martí.

Directora.

Dra. Roselia Arminda Rosales Flores

Lectores.

***Mtra. Lénica Rodríguez Cruz
Manjarrez***

(Academia de Psicología)

***Mtro. Oswalth Manuel Basurto
Bravo***

**(Academia de Cultura Científica
Humanística)**

***Dr. Miguel Ángel Palomino
Garibay***

(Academia de Biología Humana)

***Mtro. Pedro Leonel Arreola
Medina.***

**(Academia de Promoción de la
salud)**

Le agradecemos a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), por ser parte fundamental en nuestra formación académica y por el apoyo recibido para la impresión y empastado de este trabajo.

Agradecimientos Karen.

Agradezco a mis padres, por los valores que me inculcaron, por todo el apoyo que me han brindado a lo largo de la vida, esto es un logro mío, pero sin ustedes no hubiera sido posible.

Mamá, gracias por ser mi más grande apoyo, por todas las enseñanzas que me has transmitido, sé que tal vez esto ya resulto una eternidad pero lo prometido es deuda y aquí estamos. Mil gracias por estar conmigo en todos los momentos felices pero también en los difíciles, eres mi más grande apoyo y el amor de mi vida.

Papá, tal vez no eres el más cariñoso y expresivo de los padres, pero sé que por tu familia darías la vida. He aprendido de las cosas buenas pero también de tus errores. Este logro es gracias a todos los sacrificios que has hecho por nosotras y siempre estaré agradecida por que he aprendido del mejor, estoy muy orgullosa de ti y de todo lo que has logrado.

Ivonne, haces que mis días estén llenos de alegría, sigue como hasta ahora peque, ya solo faltas tú.

Kenia y Fer me han enseñado que la vida está llena de obstáculos, que aun cuando las cosas parezcan estar bien todo puede cambiar de un momento a otro, pero sin importar siempre hay que tener la cabeza en alto y sonreírme aún cuando tenemos ganas de llorar. Son un gran ejemplo y les agradezco infinitamente todo el apoyo que me han brindado, por la confianza que han depositado en mí. Gracias por el más hermoso regalo que me han dado; Carlos me ha enseñado el más sincero amor que se puede sentir por una persona.

Dra. Roselia, gran amiga y excelente profesora; gracias por todo el apoyo que nos has brindado, por siempre estar pendiente de este trabajo y por compartir un poco de tus conocimientos. En este tiempo aprendí mucho de ti, no solo en lo profesional si no como persona.

Mtro. Oswalth, eres un excelente maestro, en todo este tiempo he aprendido mucho de ti, gracias por brindarme tu amistad y estar al pendiente de este trabajo.

Mtra. Lénica, Dr. Miguel Ángel y Mtro. Leonel. En mi estancia en la UACM pude aprender de los mejores, gracias por las clases en las que nos transmitieron su conocimiento, por estar al pendiente de sus alumnos y finalmente gracias por haber aportado sus ideas para que esto fuera mejor.

Diana, eres mi mejor amiga y confidente. Ha sido largo por todo lo que hemos pasado y se dice fácil pero solo tú y yo sabemos lo que esto nos ha costado. Veíamos el final tan lejos, pero pareciera que en un abrir y cerrar de ojos todo llego a su final, ahora nos esperan cosas mejores amiga. Este tiempo nos sirvió para poder terminar con nuestro sueño, pero también me sirvió para darme cuenta la gran mujer que eres; hija, mama, esposa y amiga, siempre dando lo mejor en el rol que te tocaba desempeñar, yo sé que en algunos momentos esto resultaba difícil, pero sin importar siempre estás ahí, constante, de verdad te admiro Diana, sé que serás una gran Promotora de la Salud.

Te quiero colega.

Agradecimientos Diana.

Agradezco a mis padres por darme la vida, por educarme como lo hicieron, por su apoyo y sus consejos.

A mi mamá por ser mi mejor amiga y por creer siempre en mí, gracias mamita por estar siempre a mi lado y sobre todo gracias por ser mi pilar que me sostiene día con día para poder terminar mis estudios, sin ti no lo hubiera podido hacer, nunca voy a terminar de agradecerte el que te hayas convertido en otra madre para mi hijo con tanto amor y cuidados que le das, aunque no te sientas bien, para que yo pudiera lograr uno de mis sueños. A mi papá que a pesar de sus errores lo amo, gracias por repetirme siempre que yo siempre puedo lograr todo lo que me proponga y que nunca me debo rendir, gracias por depositar en mí tu confianza y por apoyarme en todas mis decisiones aunque no siempre sean las correctas, te amo mi amor.

A mi esposo por demostrarme su amor, por apoyarme y comprenderme cuando no le he podido dedicar suficiente tiempo para poder terminar con mis estudios, gracias por las noches que me esperaste despierto cuando realizaba mis tareas, sabes que te admiro por lo que eres en lo personal y en lo profesional, me encanta lo que haces y me siento muy orgullosa de ti.

A mi hijo por llegar a mi vida y por convertirse en ese motorcito que me impulsa todos los días para seguir adelante, tu eres esa personita que me ha enseñado lo más hermoso que he conocido, un amor inocente que me vino a cambiar mi vida, enseñándome a madurar y ser tu mamita, todo lo que he hecho hasta este momento lo hago pensando en ti y nada de lo que he hecho ha sido mejor que tú, porque tú eres mi mejor creación y el amor de mi vida.

A mi hermano por quererme tanto y por estar al pendiente de todo lo que hago. A mi cuñada por apoyarme y escucharme en todo momento. Gracias a mis sobrinitos por ser parte de mí, por ser compañeros de Abdiel, de juegos, travesuras y berrinches.

A mi compañera de estudios Karen, por estar conmigo en esta aventura universitaria, por alegrarme todos los días con tantas ocurrencias, por ser mi compañera en trabajos, en desayunos y comidas durante casi seis años, por ser mi amiga la que siempre tiene una frase que me hace sentir bien en todos los momentos que he compartido contigo, para mí no solo eres una compañera o amiga, te considero la hermana que nunca tuve y a la que quiero mucho.

A mis maestros, en especial a la Dra. Roselia por ser la directora de este trabajo, por dedicarnos tiempo y por estar comprometida en todas las revisiones sin importar la hora, por confiar en mí, por haberse convertido en una gran amiga a la cual le tengo mucha confianza y la admiro por todo lo que ha logrado. Gracias al Mtro. Oswalth Basurto por todo lo que me enseñaste eres una gran persona y excelente profesor, gracias por las ideas y apoyo que siempre nos brindas, eres uno de mis profesores favoritos, por hacer esas horas de clase tan dinámicas que me hicieron soñar como debe ser una promotora de salud. Gracias al Dr. Miguel Ángel Palomino, por ser otro de los mejores profesores de la universidad y por transmitirme tus conocimientos. A la Mtra. Lénica y al Mtro. Leonel por sus ideas y aportaciones a este trabajo. A todos ustedes gracias por ser parte fundamental de esta culminación.

También les agradezco a todos aquellos que en algún momento no creyeron en mí, que esperaban mi fracaso en cada paso que daba en la culminación de mis estudios por el hecho de haber decidido ser madre, porque gracias a ello me impulsaron para aferrarme y demostrar que si se puede y que todo sacrificio tiene una gran recompensa.

A todos ustedes les agradezco ya que sin su ayuda nunca hubiera podido realizar este sueño que me da tanta satisfacción

Introducción

Este trabajo es producto de un análisis documental en el que se revisaron diferentes fuentes y se utilizaron varias técnicas para responder a la pregunta planteada. El objetivo de esta investigación es analizar las reformas y políticas en el sistema de salud público y asistencial mexicano a partir del año 2000 y su relación con las condiciones actuales de la protección a la salud desde una mirada de la promoción de la salud. Esta investigación pretende ser una herramienta para los promotores de la salud como medio de consulta, para que puedan transmitirlo funcionando como intermediarios con la población para la exigibilidad y abogacía de sus derechos.

El proceso de investigación y desarrollo del protocolo, consistió en principio en la delimitación y planteamiento del problema; permitiendo decidir el objeto de estudio, ya que el tema sobre sistemas de salud es muy amplio y se puede abordar desde diferentes líneas. En un principio se había planteado un análisis comparativo sobre el contexto social en el que se enmarcaron las políticas sociales de dos sistemas de salud; el mexicano y colombiano; este último considerado un antecedente del modelo de pluralismo estructurado. Al observar que era un campo de estudio muy amplio, en un segundo momento se decidió retomar el sistema de salud mexicano; sin embargo, al comenzar con la lectura sobre el tema se fue complejizando la delimitación por lo que se decidió solo retomar el sistema de salud público y asistencial mexicano ya que es el que más transformaciones ha sufrido en los últimos años.

En un primer momento de la investigación se realizó un marco referencial, el cual fue importante porque pudimos observar las diferentes metodologías, los marcos teóricos y las diferentes formas de abordaje desde dos perspectivas de estudio. Entendimos sobre los sistemas de salud y en particular de América Latina, la importancia de sistematizar los datos a través de la estructura, la cobertura, los recursos físicos, materiales y humanos. Asimismo, como el acceso y la forma

cómo se organizan los servicios de salud se relaciona íntimamente con las condiciones de salud de la población y las transformaciones más recientes de cada país, permitiéndonos comparar las similitudes y diferencias de los sistemas de salud. Es decir, pudimos observar que en América Latina se sigue una tendencia en la reconfiguración de los sistemas de salud, con una lógica, en la atención de la salud como un espacio de acumulación de capital. Para conocer como esta lógica se ha ido desarrollando en México; la segunda parte de este capítulo consistió en realizar una investigación documental sobre los antecedentes históricos que dieron forma a la organización actual del sistema de salud mexicano. Se trata de un descripción cuyo fin es narrar los antecedentes históricos de lo que ocurrió sobre las reformas, políticas y programas que han transformado los servicios de salud públicos de México en los años 80`s y finales de los 90`s.

La segunda etapa de esta investigación consistió en la construcción del apartado crítico y el desarrollo conceptual de las categorías, las cuales fueron cruciales para el análisis de los resultados de la pregunta de investigación. Para realizar el marco teórico comenzamos con una lectura exhaustiva sobre las principales categorías conceptuales para la explicación de las reformas en los sistemas de salud. Posteriormente se realizó un mapa conceptual que nos permitiera observar cual era nuestra categoría más general e importante, a partir de ahí fuimos operacionalizando, para saber cuáles eran las siguientes categorías para el análisis. En este apartado elegimos las variables que se utilizan en el método y sistematización de los hallazgos. Cabe mencionar que por lo tanto la búsqueda de los resultados fue intencionada y los resultados se pueden apreciar en el capítulo tres.

En el capítulo cuatro se entrega el análisis y resultados de la pregunta de investigación. En este, se describen las reformas o políticas de salud que se han realizado al sistema de salud público y asistencial mexicano; especificando el periodo, el presidente, contexto social y condiciones de salud de la población a partir del año 2000 y se describe como quedó constituido el Sistema de Salud tras

dichas reformas. Para profundizar en las condiciones de protección de salud de la población, se realizó una búsqueda de indicadores de salud, en específico sobre la población sin seguridad social, los cuales fueron reconstruidos tomando en cuenta datos empíricos proporcionados por la SSA e IMSS-O, calculando porcentajes y razones.

Es importante mencionar que la metodología que se describe fue elaborada de tal manera que cada capítulo es considerado como resultados de la investigación documental. Sin embargo, los resultados centrales son los que permiten dar cuenta de los objetivos y la pregunta de investigación. A partir de los resultados del capítulo cuatro, se pudo llegar a la conclusión que a lo largo de catorce años se han hecho modificaciones importantes al sistema de salud mexicano; principalmente un desmantelamiento y desfinanciamiento que permitirá una reorganización de nuestro sistema de salud, dirigido hacia modelos que han sido implementados en otros países como Colombia y Chile, con una tendencia privatizadora de los recursos, dando un panorama de hacia dónde va el sistema de salud mexicano.

Capítulo 1. Delimitación del problema

¿Cuál es nuestro objeto de estudio?

En la década de los 90's los países de América Latina y el Caribe retomaron con fuerza el debate y la consideración sobre la reforma en el sector salud; este tema es actual e importante para la promoción de la salud ya que son parte de dos líneas de acción de la promoción de la salud mencionadas en la carta de Ottawa: la reorientación de los servicios sanitarios y la elaboración de una política pública sana.

Las reformas en el sector salud reorganizan o transforman los sistemas de salud dependiendo del contexto histórico, cultural/ideológico, político y económico (Tetelboin, 1997). Estas reformas tienen implicaciones en las condiciones de la salud física, mental y social de los individuos dado, por un lado que una de las formas en que se resuelven los problemas de salud/enfermedad es a través del acceso a los servicios de salud; y por el otro que las reformas tienen un impacto en la Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad (DAAC) de los servicios de salud como se aborda más adelante. También es importante que la forma en que se regulan, financian y prestan los servicios permiten el ejercicio del derecho a la salud y por lo tanto al derecho a la protección de la salud de la población [es importante aclarar que el derecho a la salud es más amplio ya que implica una visión integral de la salud de acuerdo a la Observación General No.14 (OG/14)¹, considerándola a partir de cuatro dimensiones: jurídica, social, biológica y conductual². Mientras que el derecho a la protección de la salud se refiere exclusivamente a la prestación de servicios de salud] (ONU, 2004). Partimos de la premisa que las transformaciones o las reformas al sector salud se ven reflejadas en el acceso a los servicios, en la calidad, efectividad, eficiencia y equidad en el

¹ La OG/14 es un recuento de la historia del cumplimiento o incumplimiento de los Estados partes del Artículo 12 del PIDESC desde su vigencia mundial hasta el año 2000. Se emitió en el 2000 por el Comité de derechos económicos, sociales y culturales de la ONU.

² La dimensión Jurídica es el ejercicio de derechos y libertades, la dimensión social es el acceso a la satisfacción de determinantes de la salud, la dimensión Biológica es la ausencia de enfermedad y la dimensión conductual se refiere a la existencia de estilos de vida y acceso a la calidad de vida (Guzmán, Angulo, García, & Gómez, 2012).

financiamiento de los servicios de salud y éstas se expresan en las condiciones de salud de la población (López & Blanco, 1993).

Ya que la reorientación de los servicios de salud, tiene implicaciones en las condiciones de salud de la población, a la promoción de la salud, como campo de conocimiento le interesa analizar el contexto sociohistórico y su repercusión en la organización de los servicios de salud así como su relación con las condiciones de protección de salud. Interesa conocer qué es lo que pasó con el sistema de salud en México a partir de la década de los 80`s con los procesos de descentralización y desconcentración interrumpida a mediados de esta década y reiniciada en la siguiente (López, M.M et al., 2001). Entre los cambios más importantes que se llevaron a cabo a mediados de los noventa e inicios del 2000 en la organización de los servicios de salud, fue la implementación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuya forma operativa es el programa de Seguro Popular (SP). “[...] este sistema tiene como antecedente los esquemas de competencia gerenciada, que para América Latina son propuestos bajo el nombre de pluralismo estructurado, propuesta por Julio Frenk y Londoño [...]” (López & Blanco, 2007) y cómo ha impactado en las condiciones de salud de la población.

La reorganización de los servicios de salud y las reformas al sector están vinculadas al contexto histórico, político, cultural/ideológico y económico en el que se propongan dichas reformas (Tetelboin, 1997). Por ejemplo, en el caso de Colombia un antecedente para que fuera adoptado el modelo de pluralismo estructurado rápidamente fue la inestabilidad política del país ya que desde los 80`s existía la guerrilla, dictaduras militares y narcotráfico, lo que permitió reestructurar el sistema de salud colombiano (Velásquez, 2007).

De ahí que, el objeto de estudio de esta investigación debe ser indagado a la luz del contexto político, económico y cultural/ideológico en el que se enmarcan las reformas y políticas en salud que se han realizado al sistema de salud público y asistencial mexicano a partir del año 2000 y su relación con las condiciones de la protección a la salud de la población, pero sin olvidar los años que le anteceden.

Por lo anterior, los objetivos que guiaron este trabajo son:

Objetivo General:

- Analizar las reformas y políticas en el sistema de salud público y asistencial mexicano a partir del año 2000 y su relación con las condiciones actuales de la protección a la salud desde una mirada de la promoción de la salud.

Objetivos específicos:

- Conocer los estudios que se han elaborado a partir de dos perspectivas sobre los sistemas de salud de América Latina y el Caribe a partir del año 2001-2011.
- Describir cuáles fueron los antecedentes históricos de las reformas y políticas al sistema de salud público y asistencial mexicano a partir de los 80's así como el contexto social en el que se enmarcaron.
- Describir las reformas y políticas de salud en el sistema de salud público y asistencial mexicano a partir del año 2000.
- Describir las condiciones económicas y políticas en las que se desarrollaron las reformas y políticas de salud en el sistema de salud público y asistencial mexicano a partir del año 2000.
- Describir las condiciones de salud, respecto a la protección de la salud de la población a partir del año 2000.

Justificación.

Para realizar esta investigación, partimos de la premisa teórica que existe una determinación política, económica e ideológica de las políticas sociales y que han transformado la configuración del sistema sanitario, tanto público como asistencial en México afectando las condiciones de la protección a la salud de la población. Hay muchos estudios (López & Blanco, 2007) que demuestran que el desfinanciamiento y por lo tanto el desmantelamiento que ha sufrido el sistema de salud está vinculado con la polarización de los perfiles patológicos. De ahí, la importancia de estudiarlo desde la promoción de la salud ya que como se indica en la carta de Ottawa hay necesidad de reorganizar los servicios de salud para disminuir las desigualdades sociales.

Durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, Canadá, el día 21 de noviembre de 1986, se elaboró la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual menciona 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. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario [...]”

Tomando en cuenta este concepto, la promoción de la salud va más allá del estudio de la enfermedad, debe ser una práctica social interdisciplinaria donde se expliquen y comprendan las condiciones sociales que interfieren en el proceso

salud-enfermedad; ya que la salud es una necesidad humana básica. Por lo tanto, la acción del promotor de la salud desde nuestro punto de vista tiene que ver más con promover la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano ya que éstas están íntimamente relacionadas con la salud física y mental. Promover las necesidades básicas desde la promoción de la salud significa promover el derecho al trabajo, vivienda, educación y alimentación los cuales están, como ya se mencionó, relacionados a la satisfacción del derecho a la salud.

Por otra parte en la Carta de Ottawa se menciona que el sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud, por lo tanto, la promoción de la salud debe exigir a los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos que el acceso a los servicios de salud retomen las estrategias y programas de promoción de la salud los cuales deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos. Para que la promoción de la salud se pueda llevar a cabo, se deben de ejecutar cinco líneas de acción:

1. Elaboración de una política pública sana.
2. Creación de ambientes favorables.
3. Reforzamiento de la acción comunitaria.
4. Desarrollo de las aptitudes personales.
5. Reorientación de los servicios sanitarios.

Sin embargo, para poder hacer propuestas sobre la reconfiguración de los servicios de salud es necesario estudiar qué ha pasado históricamente con el sistema de salud mexicano.

Para fines de esta investigación se retomaron, las acciones de la elaboración de una política pública sana y la reorientación de los servicios sanitarios con el propósito de compararlas con lo que se ha llevado a cabo en el marco de la reforma sanitaria. Estas acciones consisten en:

La elaboración de una política pública sana:

“[...] La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto. La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos si bien complementarios, entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos lleva a practicar una política sanitaria, de rentas y social que permita una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio. La política de promoción de la salud requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El objetivo debe ser conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas [...]”

La reorientación de los servicios sanitarios:

“[...] La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud. El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible y respete las necesidades culturales de los individuos. Asimismo deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos. La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo [...]”

Tomando en cuenta estas acciones de la promoción de la salud, que plantean la intervención en las condiciones de salud de la población a través de programas y reorientar los servicios de salud; primero se requiere de un estudio exploratorio sobre las políticas y reformas, así como el impacto que estas han tenido en los individuos, tomando en cuenta el contexto, económico, político y cultural/ideológico en las que son propuestas ya que los sistemas de salud han sido estudiado en su mayoría a través de datos duros³, en donde solo se toma en cuenta su financiamiento, regulación y prestación de servicios. Por ejemplo en el capítulo que se encuentra dentro de esta investigación, “Estudios sobre los servicios de salud en América Latina y el Caribe del año 2001 al 2011” ; el 63% de los artículos analizados invisibilizan la vinculación con las cuestiones sociales, políticas y culturales/ideológicas. Se encontró que el 70.5% de los artículos abordan a la promoción de la salud a partir del modelo higiénico-preventivista, desarrollando acciones encaminadas al cambio de los estilos de vida, solo el 6% toma en cuenta a la promoción de la salud alternativa, buscando fortalecer la participación del estado en la creación de una cultura de salud integral; promoviendo acciones dirigidas a modificar los factores determinantes de la exclusión social en salud. A pesar de que hay muchos estudios sobre los sistemas de salud: hay pocos estudios que relacionan la reorganización de los servicios de salud con la promoción de la salud entendida a partir de la propuesta de Ottawa, con las acciones de la elaboración de una política pública sana y la reorientación de los servicios sanitarios, que por lo general solo se ubica en los servicios preventivos.

Por lo tanto, se requieren de estudios exploratorios que tomen en cuenta el contexto social. En América Latina la llamada epidemiología crítica empezó a trabajar esta temática en los años setenta del siglo pasado con una nueva conceptualización, la determinación social del proceso salud-enfermedad; sin embargo no es hasta que las políticas neoliberales empiezan a imponerse en los países centrales, con la destrucción del empleo formal, la depresión del salario y la

³ Término utilizado para referirse a datos cuantitativos.

introducción de las reformas mercantilizadoras en los sistemas de salud, que comienza a haber un interés extenso en esta problemática en los países centrales. En este contexto, la OMS integra la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud en 2005, dicha comisión trabajó durante tres años e hizo un informe con la ayuda de trece redes de conocimiento integrados por expertos, países asociados y una red de organizaciones civiles (Laurell, 2013). En este informe se dice que *“[...] las desigualdades evitables de salud surgen a causa de las circunstancias en las cuales la gente crece, vive, trabaja, envejece y del sistema construido para enfrentar la enfermedad. Las condiciones en las cuales la gente vive y muere están, a su vez, creadas por las fuerzas políticas, sociales y económicas [...]”*.

Tomando en cuenta lo anterior lo que se hizo fue analizar como parte del contexto tiene que ver con las políticas y reformas en salud, las cuales configuran los servicios de salud y a su vez estos tienen impacto en las condiciones de protección de la salud de la población, todo esto desde la mirada de la Promoción de la Salud. Si los Promotores conocen esta información puede transmitirlo funcionando como intermediario con la población; ya que si los colectivos conocen esta relación podrán empoderarse permitiéndoles, como práctica social, construir abogacía y exigibilidad del derecho a la salud en sus cuatro dimensiones y no solo del derecho a la protección de la salud, y es en ese ámbito que el promotor de la salud puede trabajar interdisciplinariamente para transformar las condiciones de salud de la población.

Metodología

Esta investigación se trata de un estudio descriptivo y analítico de fuentes secundarias, elaborando cada capítulo con una metodología; de tal manera que cada apartado de este documento es un resultado en el que están vinculados entre sí.

En el capítulo 2, se realizó un marco referencial dividido en dos secciones; como primer punto se realizó una investigación documental para conocer los estudios sobre los servicios de salud en América Latina y el Caribe del año 2001 al 2011. En esta sección, se analizaron los artículos publicados en dos revistas de carácter científico sobre los sistemas de salud, en donde el principal criterio para la selección de estas revistas fue la tendencia o perspectiva; la revista de Salud Pública de México, la cual la referimos dentro de la salud pública tradicional y cuya característica principal es que privilegia los métodos cuantitativos⁴; y la revista Salud Colectiva de Argentina vinculada al pensamiento crítico que privilegia los métodos cualitativos⁵. Nuestros criterios de inclusión para la selección de las revistas es que fueran revistas en español y que los artículos fueran sobre los servicios de salud de América Latina y el Caribe, ya que es el marco geográfico donde se inscribe México y por lo tanto se acerca más a la realidad mexicana. Otro criterio para delimitar la búsqueda fue que los estudios se refirieran a las reformas y a los servicios de salud realizados a partir de los años ochenta. No se seleccionaron sistemas de salud europeos porque sus contextos políticos, económicos y culturales son muy diferentes a los de México. Se escogió la revista de Salud Pública de México porque permite tener un esquema cuantitativo de cómo están organizados los servicios de salud con datos empíricos sobre la eficiencia y efectividad de los mismos; sin embargo, como se verá más adelante,

⁴ Esta metodología utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

⁵ La metodología cualitativa por lo común, se utiliza primero para descubrir y reafirmar preguntas de investigación. A veces, pero no necesariamente, se prueban hipótesis. Con frecuencia se basa en métodos de recopilación de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones. Por lo regular, las preguntas e hipótesis surgen como parte del proceso de investigación y este es flexible y se mueve entre los eventos y su interpretación entre las respuestas y el desarrollo de la teoría.

no los vincula al contexto económico, político y cultural/ideológico. Considerando que la revista de Salud Pública de México no aborda teórica ni metodológicamente los intereses políticos y económicos de los actores sociales en la formulación, diseño e implementación de las políticas sociales y de salud, se eligió como contraparte, la revista de Salud Colectiva de Argentina porque tiene un enfoque crítico más cercano a las teorías del conflicto y por lo tanto vincula los servicios de salud con cuestiones sociales, por lo que plantea y tienen un análisis sobre el contexto económico, político y cultural/ideológico sobre los servicios de salud complementando de esta forma la investigación y el análisis sobre el tema. Se encontraron un total de veintisiete artículos sobre sistemas de salud de América Latina y el Caribe, el 63% de los artículos encontrados pertenecen a la revista de Salud Pública de México y el 37% a la revista Salud Colectiva. Con la información recabada se realizó una base de datos para cada perspectiva tomando en cuenta el marco teórico, metodología, resultados, conclusiones y su relación con la promoción de la salud, dichos resultados son entregados en el capítulo dos.

La segunda sección de esta capítulo consistió en documentar las transformaciones que ocurrieron en el sistema de salud público y asistencial mexicano en la década de los ochentas y noventas, se revisaron artículos y estudios realizados desde la perspectiva crítica y tradicional. Para esta sección la metodología que se utilizó, fue una serie histórica de las reformas o políticas de salud; especificando el periodo, el presidente, contexto social y condiciones de salud de la población mexicana. Se trata de un descripción cuyo fin es contar con los antecedentes de lo que ocurrió sobre las reformas, políticas y programas que han transformado los servicios de salud públicos de México en los años 80`s y finales de los 90`s así como describir la organización del sistema de salud mexicano a finales de los 90`s para configurar la determinación sociohistórica de la transformación de los servicios públicos y asistenciales en México; los resultados son entregados en el apartado: Transformaciones de las políticas de salud que han reorganizado lo servicios de salud en México desde los 80`s hasta principios del 2000.

Para realizar el capítulo tres, el cual contiene el marco teórico se eligieron las principales categorías conceptuales y operativas que nos permitan contestar la pregunta de investigación; para ello se realizó un mapa conceptual (Mapa 1) donde se identificaron los principales autores y conceptos que nos permiten abordar el tema desde la perspectiva sociohistórica y aspectos de la perspectiva tradicional. De ahí, partimos de las definiciones construidas desde la medicina social y salud colectiva para la sistematización y análisis de los documentos, los resultados de este capítulo se entregan en “Principales conceptos para el abordaje y explicación de las reformas en salud”.

En el cuarto capítulo se entregan de manera concreta los resultados de la pregunta de investigación. Para realizar este capítulo se elaboró una serie histórica a través de una revisión analítica de fuentes secundarias; de las reformas o políticas de salud que se han realizado al sistema de salud público y asistencial mexicano; especificando el periodo, el presidente, contexto social y condiciones de salud de la población a partir del año 2000 (Tabla 1) y se describe como quedó constituido el Sistema de Salud tras dichas reformas.

La principal metodología que se utilizó para profundizar en las condiciones de protección de la salud de la población, fue una búsqueda de indicadores de salud, ya que es la medición de la protección de la salud y nos da un panorama de la implicación directa de las reformas, en específico sobre la población sin seguridad social, los cuales fueron reconstruidos tomando en cuenta datos empíricos proporcionados por la SSA e IMSS-O, calculando porcentajes y razones (dato de la variable $\times 1000$ habitantes / número de población sin seguridad social). Los datos se recopilaron de la página electrónica de la Dirección General de Información en Salud (DGIS); e indicadores del financiamiento en salud, proporcionado por el Sistema de Cuentas en Salud a nivel federal y estatal (SICUENTAS).

Los datos se encontraron divididos en cinco categorías, la primera es sobre recursos financieros. Se obtuvieron datos del 2000 al 2013; dentro de esta categoría se obtuvieron los siguientes indicadores: Gasto público total en salud

como porcentaje del PIB, Gasto público total en salud como porcentaje del gasto público total, Gasto total en salud como porcentaje del PIB, Gasto público y privado total en salud como porcentaje del gasto total en salud, Gasto en salud per cápita, Aportación federal al financiamiento de la salud de la población sin seguridad social (porcentaje), Aportaciones federales y gasto estatal como porcentaje del Gasto Público Total en Salud para la Población sin Seguridad, Gasto Público Total en Salud en población con y sin seguridad social.

La segunda categoría que se encontró fue de recursos físicos y materiales, se encontraron datos hasta el año 2012. De esta categoría se obtuvieron los siguientes indicadores: Unidades de atención a la salud, Razón de Camas y Razón de Quirófanos. La tercera categoría es de recursos humanos. Se encontraron datos del 2000 al 2012 los indicadores son: razón de médicos y razón de enfermeras. La cuarta categoría son servicios y se encontraron datos hasta el 2013 los indicadores que se encontraron son intervenciones quirúrgicas y consultas. Por último la quinta categoría que se encontró está relacionada con las Causas de muerte, es importante mencionar que estas son un indicador de la reorientación de los servicios, ya que nos da un panorama sobre su efectividad; los años que se encontraron son del 2000 al 2008.

A partir de estos indicadores se realizó una base de datos y posteriormente se construyeron graficas con los resultados; los cuales son expuestos y analizados utilizando el marco teórico.

Finalmente se realizó una investigación documental sobre los sistemas de salud de Colombia y Chile para compararlo con México tomando en cuenta lo sucedido en estos países, para poder dar un panorama de la dirección de nuestro sistema de salud; los resultados se entregan como conclusiones.

Capítulo 2. Marco Referencial

Estudios sobre los servicios de salud en América Latina y el Caribe del año 2001 al 2011

En este capítulo se entregan los resultados del análisis de artículos publicados en dos revistas de carácter científico sobre los sistemas de salud; Salud Pública de México, la cual la referimos dentro de la perspectiva tradicional y cuya característica principal es que privilegia los métodos cuantitativos; y la revista Salud Colectiva de Argentina vinculada al pensamiento crítico privilegiando los métodos cualitativos.

Perspectiva tradicional.

La revista de Salud Pública de México fue creada en el año de 1959, es una publicación periódica electrónica, bimestral, publicada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), con domicilio en Avenida Universidad núm. 655, col. Santa María Ahuacatitlán, Cuernavaca, Morelos, C.P. 62100, teléfono 3293000, página web: www.insp.mx, es una publicación internacional, indizada en *CurrentContents/Social and BehavioralSciences*, *Social SciencesCitationIndex*, *ResearchAlert*, *IndexMedicus*, *IndexMedicus Latinoamericano*, *Excerpta Medica*, *Indice de Revistas Científicas Mexicanas de Excelencia del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología*, *Bibliomex Salud*, *Periódica*, *Indice de Revistas de Educación Superior e InvestigaciónEducativa* (iresie), así como en los sistemas en línea Medline y Lilacs, y en el disco compacto Artemisa. Actualmente se distribuye en México y el extranjero entre profesionales y técnicos del campo de la salud pública, con revisión por pares. Su objetivo general es difundir información sobre salud pública, entendida ésta como la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y administrativas al análisis de los fenómenos de salud en poblaciones humanas, así como la identificación de las necesidades de salud y la organización de servicios integrales. Sus objetivos específicos, son revisar las experiencias históricas y estimular las nuevas corrientes del pensamiento en el campo de la salud; participar en el debate sobre los cambios en las condiciones de salud y en la respuesta social organizada a dichas condiciones; y servir de foro donde

puedan expresarse, con el mayor rigor posible, todas las innovaciones en el campo de la salud pública y áreas afines (Oropeza, Fuentes, & Nagore, 2009).

Para la búsqueda de artículos sobre los sistemas de salud de América Latina y el Caribe en la revista de Salud Pública de México, usamos como palabra clave “sistemas de salud” realizando la búsqueda a partir de la primera publicación en 1990 a la actualidad. Se encontraron 17 artículos de revisión dentro de la perspectiva tradicional en el volumen 53, suplemento 2 del 2011. Arrojando como resultado los sistemas de salud de: México, Colombia, Brasil, Argentina, Costa Rica, Venezuela, Honduras, Bolivia, Perú, Uruguay, Cuba, Guatemala, Nicaragua, Ecuador, República Dominicana, El Salvador y Chile.

De la base de datos, se realizaron graficas sobre los resultados y obtuvimos lo siguiente:

El 100% de estos artículos no cuentan con un marco teórico explícito y sus resultados se presentan en términos cuantitativos; tomando en cuenta fuentes secundarias a través de indicadores del 2000 al 2010 de demografía, condiciones de salud, cobertura, financiamiento, recursos, rectoría, voz de los usuarios e innovaciones de cada sistema de salud.

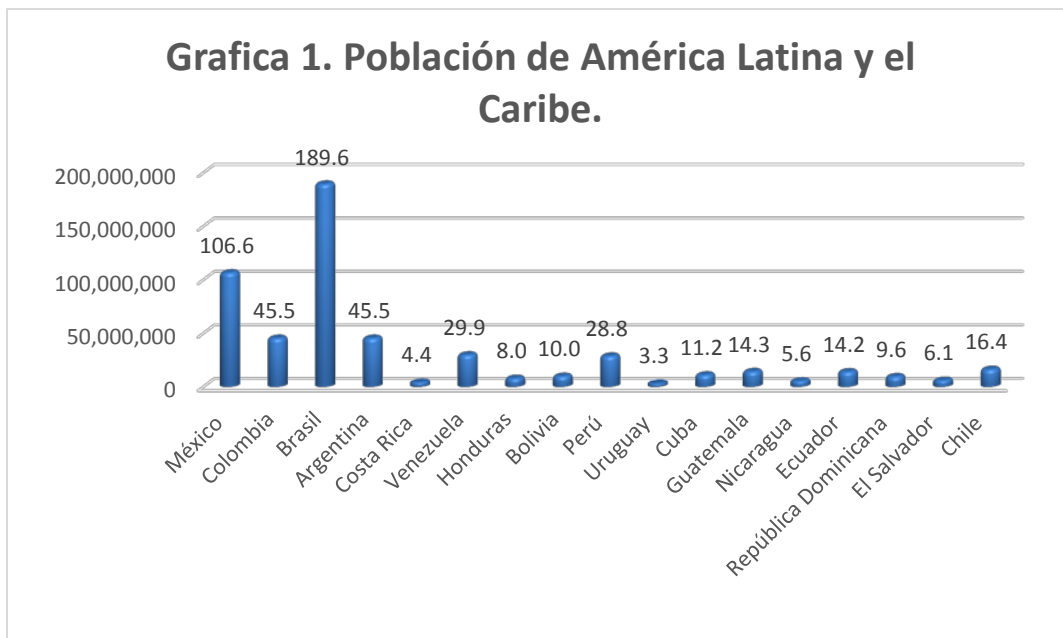
En cuanto fuentes secundarias el 88% de los artículos toma como referencia a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 65% a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el 35% al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el 24% al Banco Mundial (BM), así como otras instituciones pertenecientes a cada país. Los indicadores que presentan como importantes para el análisis de los sistemas de salud son los siguientes:

Demografía.

En cuanto a demografía el 100% de los artículos da un panorama de la población de los países de América Latina y el Caribe arrojando a Brasil como el país de mayor población con 189.6 millones de habitantes (Becerril, Medina, & Aquino, 2011), seguido por México con 106.6 millones de habitantes según (Gómez, y otros, 2011) datos del año 2008, así como Colombia y Argentina

aproximadamente con el mismo número de habitantes (45.5 millones) (Guerrero, Gallego, Becerril, & Vásquez, 2011), el país con menor población es Uruguay con 3.3 millones de habitantes (Aran & Laca, 2011).

El 82% de los países de América Latina y el Caribe cuentan con mayor población de mujeres y solo Costa Rica, Cuba y Ecuador cuentan con mayor población masculina. El 100% de los países atraviesa por una avanzada transición demográfica que se caracteriza por una baja fecundidad⁶, una baja mortalidad⁷ y el aumento de la esperanza de vida al nacer, indicadores que serán analizados más adelante.



Fuente: Elaboración propia a partir de sistematización de artículos de la revista Salud pública de México 2000-2014

Condiciones de Salud.

La esperanza de vida al nacer consiste en el número promedio de años que un recién nacido puede esperar vivir si las condiciones de mortalidad en las que nació se mantienen constantes (Frenk & Gomez, 2008). Bolivia presenta los peores indicadores de salud en América Latina, la esperanza de vida al nacer ha ido en

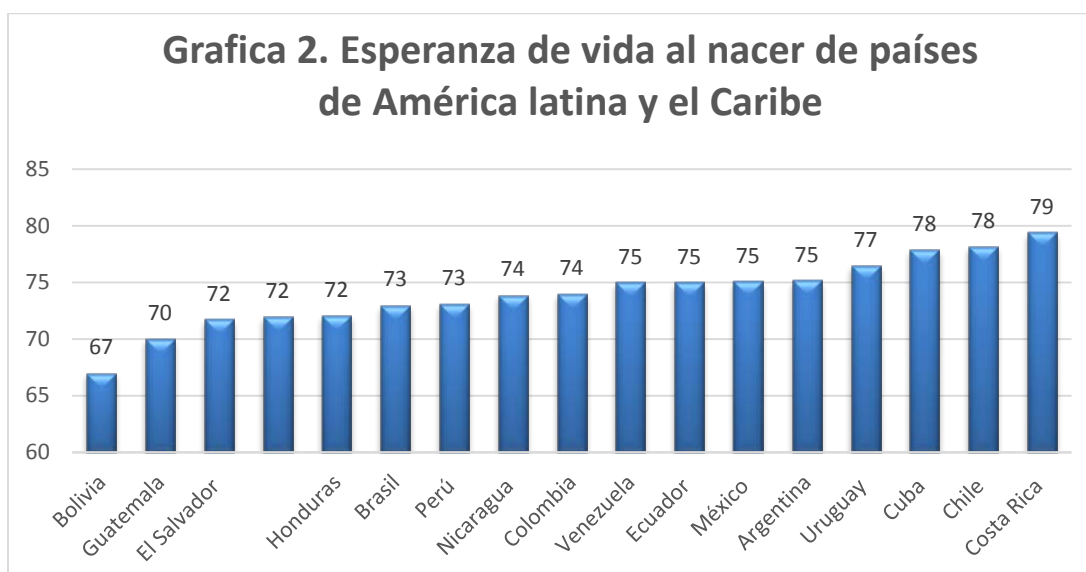
⁶Fecundidad. Número promedio esperado de hijos que una mujer tiene durante su vida en una población determinada.

⁷Mortalidad. Indica en número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa.

aumento, sin embargo es muy inferior a la de otros países andinos⁸ (72.4 años en promedio) y más bajas también que el promedio latinoamericano que es de 73.5 años (Ledo & Soria, 2011).

Por otra parte Costa Rica, Cuba y Chile presenta los mejores niveles de salud de América Latina; Costa Rica (79 años) presenta los niveles más altos de esperanza de vida al nacer ya que esto se relaciona con la tasa de mortalidad general, producto del descenso de la mortalidad general la cual es la más baja de América Latina y el Caribe con 3.4 por 1000 habitantes que a su vez disminuye por tener una de las tasas más bajas de mortalidad infantil de continente americano (Sáenz, Acosta, Muiser, & Bermúdez, 2011). (Grafica 2, 3, 4,5)

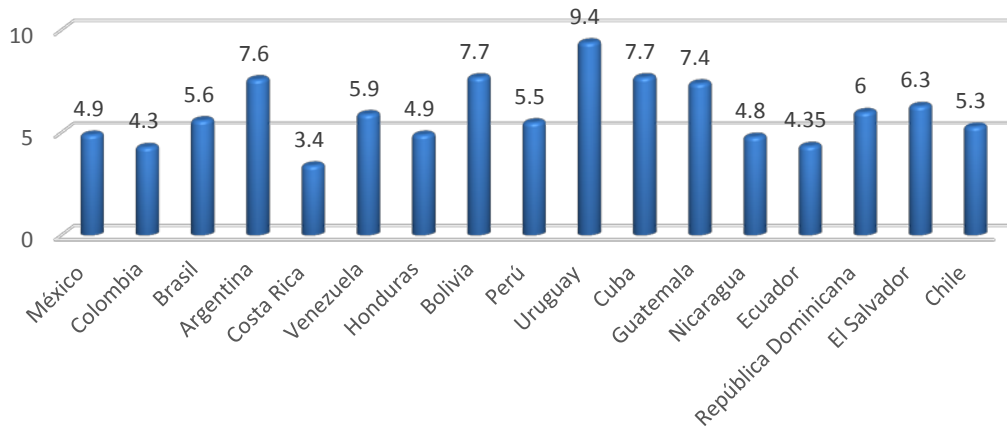
Cuba al igual que Costa Rica y Chile se ubican con los mejores niveles de salud infantil. En Cuba la tasa de mortalidad infantil es la más baja de América Latina y muy inferior al promedio para la región, similar a la de Canadá y por debajo de Estados Unidos, también sobresale en la región por sus niveles de maternidad sin riesgos, su razón de mortalidad materna es de 46.6 por 100 000 nacidos vivos muy inferior al promedio Latino Americano (67.5 en el 2008), pero superior a la de Chile (20) y Costa Rica (30) (Domínguez & Zacca, 2011).(Grafica 2, 3, 4,5)



Fuente: Elaboración propia a partir de sistematización de artículos de la revista de salud Pública en México 2000-2014

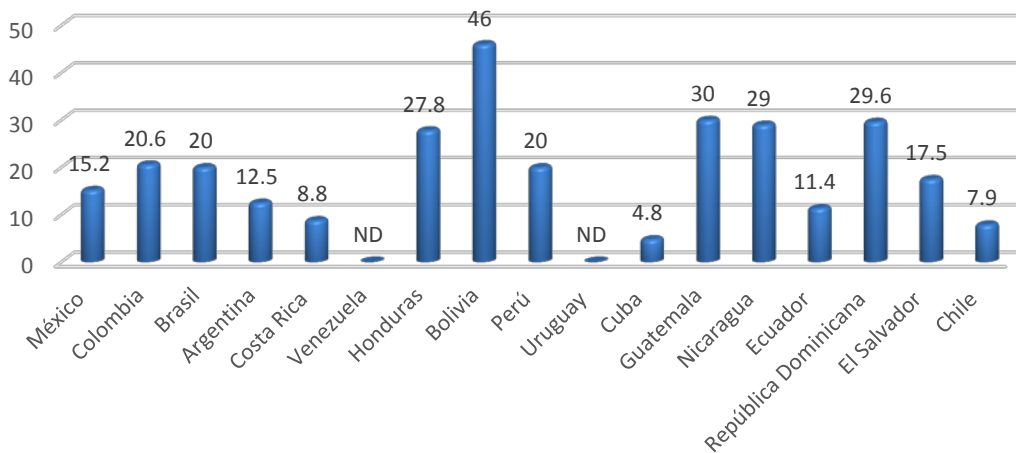
⁸ Los países andinos son Bolivia, Ecuador, Colombia y Perú

Grafica 3. Tasa de mortalidad general en países de América Latina y el Caribe



Fuente: Elaboración propia a partir de sistematización de artículos de la revista de salud Pública en México 2000-2014

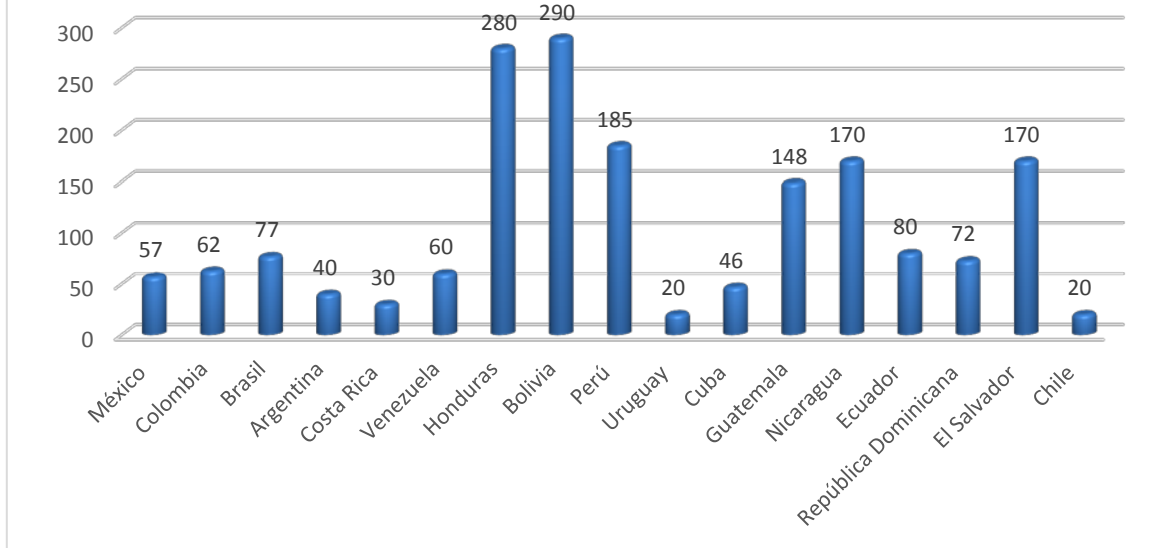
Grafica 4. Tasa de mortalidad infantil en países de América Latina y el Caribe



ND: Dato no disponible.

Fuente: Elaboración propia a partir de sistematización de artículos de la revista Salud pública de México 2000-2014

Grafica 5. Razón de Mortalidad materna en países de América Latina y el Caribe.



Fuente: Elaboración propia a partir de sistematización de artículos de la revista Salud pública de México 2000-2014

La transición demográfica y la exposición a factores de riesgo relacionados en su mayoría con los estilos de vida poco saludables son los conceptos que retoman para explicar las modificaciones del cuadro de las principales causas de muerte. Los países de América Latina y el Caribe se encuentran en un proceso de transición epidemiológica que se caracteriza por un predominio de enfermedades crónicas no transmisibles como causas de morbilidad. Otro concepto que utilizan es el traslape de las enfermedades pre y pos transicionales⁹. Se refieren a aquellas situaciones en las que las enfermedades no transmisibles y las lesiones dominan el perfil de salud del país, pero las infecciones comunes, los problemas reproductivos y la desnutrición siguen estando presentes en las comunidades con mayor marginación (Gómez, y otros, 2011). (Tabla 1)

Tomando en cuenta los anteriores conceptos, se puede sintetizar que los artículos encontraron que el 76% de los países de América Latina y el Caribe predominan las enfermedades crónicas degenerativas teniendo la misma causa de muertes

⁹Enfermedades pre tradicionales, están asociadas a carencias primarias por ejemplo de nutrición, educación, vivienda y abastecimiento de agua. Enfermedades pos transicionales, estas relacionadas con factores genéticos y conductas destructivas (Frenk, 2003).

tanto para hombres como para mujeres y solo Brasil, Cuba, Ecuador y el Salvador tiene causas de muerte diferente para cada sexo, en los últimos dos países, su causa de muerte en hombre se debe a la violencia a causa del contexto económico, político y cultural por el que atraviesan. (Tabla 1)

Tabla 1. Causas de muerte en hombres y mujeres, 2000-2014 en países de América Latina y el Caribe.

País	Primera causa de muerte en mujeres	Primera causa de muerte en hombres
México	Diabetes mellitus	
Colombia	Enfermedades isquémicas del corazón	
Brasil	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades isquémicas del corazón
Argentina	Insuficiencia cardiaca	
Costa Rica	Infarto agudo de miocardio	
Venezuela	Infarto agudo de miocardio	
Honduras	condiciones originadas en el periodo perinatal	
Bolivia	Infecciones respiratorias agudas bajas	
Perú	Infecciones respiratorias agudas	
Uruguay	Enfermedades del sistema circulatorio	
Cuba	Enfermedades del corazón	Tumores malignos
Guatemala	Neumonías y bronconeumonías	
Nicaragua	Enfermedades del sistema circulatorio	
Ecuador	Diabetes mellitus	Agresiones
República Dominicana	Enfermedades isquémicas del corazón	
El Salvador	Infarto agudo del miocardio	Agresiones con disparo de otra arma de fuego y las no especificadas
Chile	Enfermedades cerebrovasculares	

Fuente: Elaboración propia a partir de sistematización de artículos de la revista Salud pública de México 2000-2014

Estructura y cobertura

En los 17 artículos se explica la estructura y cobertura de cada sistema de salud, tomando en cuenta los sectores, las fuentes, los fondos, los proveedores y los usuarios. Las principales preguntas eje fueron ¿Quiénes son los beneficiarios? y ¿En qué consisten los beneficios? También realizan el desarrollo cronológico de la organización de los servicios de salud y lo denominan “diez hitos en la historia de los sistemas de salud”.

Financiamiento

En el 100% de los artículos se utilizaron como preguntas eje ¿Quién paga? y ¿A cuánto asciende el gasto en salud? para explicar el financiamiento¹⁰ de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe.

El gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB)¹¹, es la suma del gasto público¹² y gasto el privado¹³ en salud. En América Latina y el Caribe se obtuvo como resultado que el gasto total es mayor en Cuba (11.9), seguido por Argentina (9.6). México está por debajo del promedio latinoamericano y muy por debajo de lo que dedican a la salud países como Costa Rica (8.2) y Uruguay (7.8). Entre los países con menor inversión en salud se encuentra Perú (4.5) porcentaje que se mantiene casi invariable desde 1995. Bolivia (5.2) el cual ha tenido un comportamiento muy errático, llegó a alcanzar 6.5% en el 2002 para después descender a 5.2 en el 2008 ese proceso de descenso coincide con una caída drástica de los recursos externos para la salud, que habiendo llegado a representar 7.2 del gasto total en salud en Bolivia en 2001, prácticamente desaparecieron a partir del 2003 situación que prevalece a la fecha (Ledo & Soria, 2011). (Grafica 6)

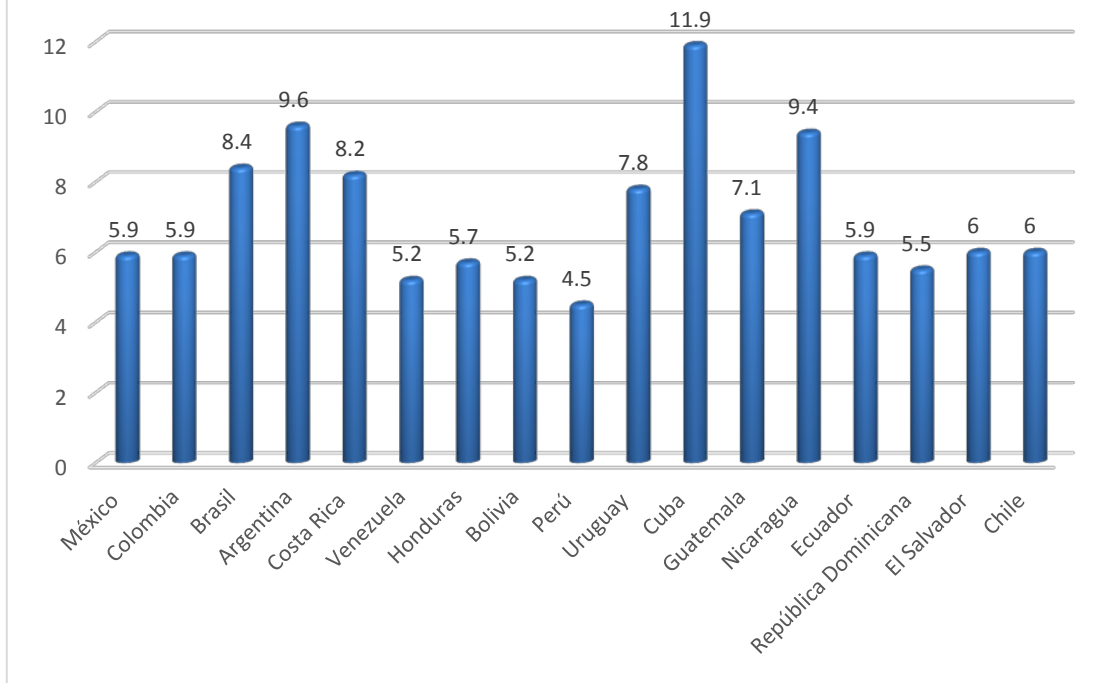
¹⁰Financiamiento es el proceso a través del cual se recolectan recursos de fuentes primarias y secundaria, los cuales se acumulan en fondos y se distribuyen en actividades dirigidas a atender necesidades de salud (Frenk & Gómez, 2008)

¹¹ Es el valor de la producción total de bienes y servicios de un país en un año determinado. (Frenk & Gómez, 2008)

¹² Gasto público en salud, es la suma de los recursos públicos que ingresan a los fondos públicos dedicados a la atención de la salud, por medio de cobro de impuestos generales y específicos (impuesto al valor agregado, impuesto sobre la renta, impuesto al tabaco) o atreves de contribuciones a la seguridad social, que constituyen impuestos a la nómina, y que se cobran tanto a empleados como a empleadores. (Frenk & Gómez, 2008)

¹³Gasto privado en salud, es la suma de los gastos de bolsillo en bienes y servicios de salud y pago de primas de seguros médicos privados. (Frenk & Gómez, 2008)

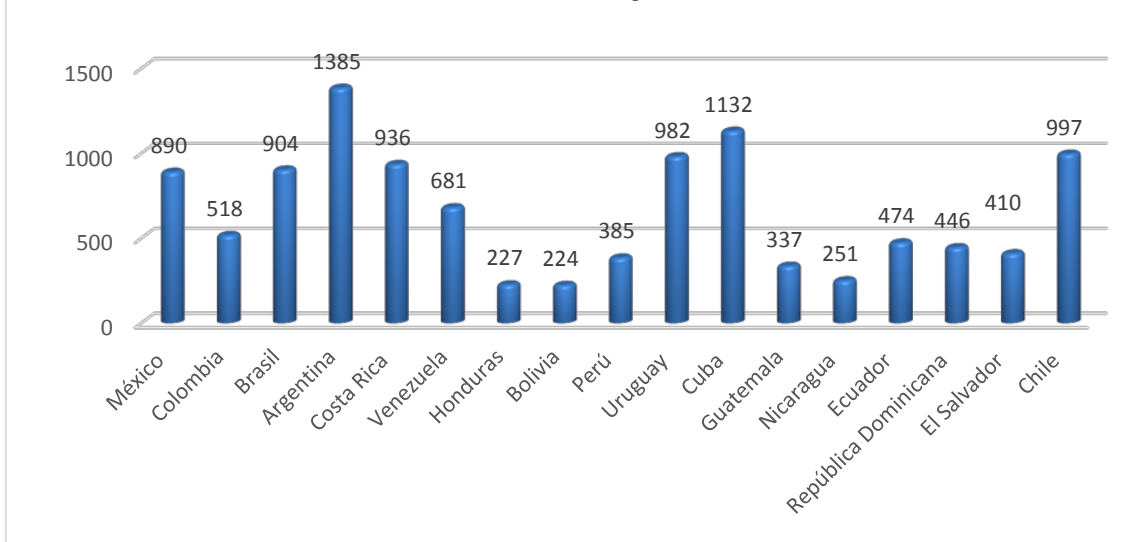
Grafica 6. Gasto total en salud como porcentaje del PIB en países de América Latina y el Caribe



Fuente: Elaboración propia a partir de sistematización de artículos de la revista Salud pública de México 2000-2014

En cuanto a gasto total en salud per cápita, considerado como el valor promedio por persona de la suma de los gastos público y privado en bienes y servicios, usualmente por año (Frenk & Gomez, 2008). En la gráfica 7 podemos observar a los cuatro países con mayor inversión per cápita: Argentina (1385), Cuba (1132), Chile (997) y Uruguay (982). Cuba ha incrementado más del 300% su gasto per cápita, lo que refleja su firme decisión del Estado de apoyar al sector salud a pesar de las profundas limitaciones económicas por las que atraviesa el país (Domínguez & Zacca, 2011). Entre los países con menor gasto per cápita se encuentran; Bolivia (224), Honduras (227) y Nicaragua (251), este último realiza una inversión per cápita por debajo del promedio latinoamericano considerando que se encuentra entre los primeros tres países con mayor gasto en salud (Muisier, Sáenz, & Juan, 2011).

Grafica 7. Gasto total en salud per cápita en países de América Latina y el Caribe



*Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)¹⁴

Fuente: Elaboración propia a partir de sistematización de artículos de la revista Salud pública de México 2000-2014

El sistema de salud cubano es el único país de América Latina que garantiza el acceso universal a servicios de salud y se financia casi exclusivamente con recursos del gobierno nacional con un gasto público en salud del 96.2% y por lo tanto en menor gasto privado del 3.8%.

Colombia es el segundo con mayor gasto público en salud (83.9) sin embargo este gasto está dividido en gasto público directo¹⁵ (39.5) y gasto de seguridad social en salud correspondiente al régimen contributivo (RC)¹⁶ y está basado en cotizaciones que se realizan a través de las entidades promotoras de salud (EPS) públicas o privadas su gasto es de 44.4%. El gasto privado corresponde a seguros privados voluntarios, planes de medicina pre-pagada y gasto de bolsillo¹⁷ (16.1) el tercer país con mayor inversión de gasto público en salud es Costa Rica (76.9%),

¹⁴ La paridad del poder adquisitivo (PPA) es la suma final de cantidades de bienes y servicios producidos en un país, (Frenk & Gómez, 2008)

¹⁵ Es el que realiza el régimen subsidiado (RS) el cual afilia a todas las personas sin capacidad de pago.

¹⁶ Afilia a los trabajadores asalariados, pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo

¹⁷ Desembolso directo de los hogares, incluidas las gratificaciones y pagos en especie, al momento de recibir servicios de salud.

del cual el 90% del gasto del gobierno en salud corresponde a los Fondos de la Seguridad Social, su gasto privado es de 23.1 en donde el 84.6% corresponde a gastos de bolsillo y el resto se concentran en planes de prepago ofrecidos por el Instituto Nacional de Seguros (INS) así como el gasto realizado por organizaciones de la sociedad civil en beneficio de los hogares (Sáenz, Acosta, Muiser, & Bermúdez, 2011).

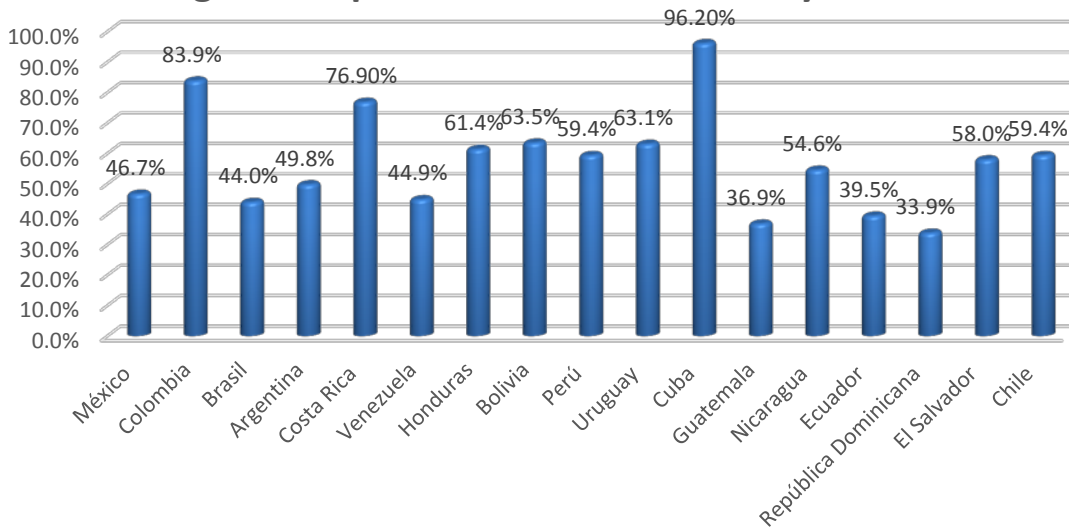
En cuanto a los países con mayor gasto privado en salud, como porcentaje del gasto total, se encuentra República Dominicana, Guatemala, seguidos por Ecuador y Brasil. República Dominicana muestra el mayor gasto privado en salud en América Latina (66.1%) ya que hasta hace poco, la mayoría de población estaba cubierta teóricamente por un sistema público abierto financiado con impuestos generales, sin embargo, las deficiencias de ese sistema fomentaron el crecimiento del sector privado financiado por seguros voluntarios de reembolso y planes pre-pagados voluntarios, aunque el gasto de bolsillo siempre ha constituido la principal fuente de financiamiento (Rathe & Alejandro, 2011). Guatemala (62.1%) es uno de los países de América Latina que más depende del gasto privado, el 90% del gasto privado es gasto de bolsillo, las donaciones externas representan 2.3% del gasto total en salud.

En cuanto a México el gasto privado en salud concentra 54.6% del gasto total en salud, alrededor del 93% de este gasto son pagos de bolsillo y 7% corresponde al pago de primas¹⁸ de seguros médicos privados. En Argentina, Brasil, Colombia y Uruguay el gasto de bolsillo concentra 41, 64, 42 y 31% respectivamente del gasto privado. México presenta, por lo tanto una de las cifras más altas de gasto de bolsillo de la región, este gasto expone a las familias a gastos catastróficos¹⁹ o empobrecedores. (Grafica 8,9)

¹⁸ El pago de primas es una de las obligaciones esenciales del asegurado, hasta el punto de que mientras no se cumpla no tomará efecto el contrato

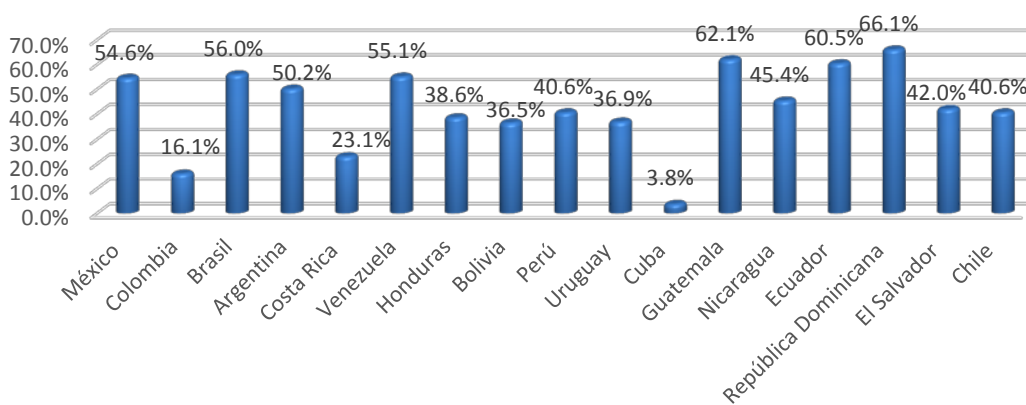
¹⁹ Es el Gasto de bolsillo destinado a financiar la atención a la salud que supera el 30% del ingreso percibido por el hogar descontando el gasto destinado a cubrir la alimentación

Grafica 8. Gasto público en salud como porcentaje del gasto en países de América Latina y el Caribe



Fuente: Elaboración propia a partir de sistematización de artículos de la revista Salud pública de México 2000-2014

Grafica 9. Gasto privado en salud como porcentaje del gasto en países de América Latina y el Caribe



Fuente: Elaboración propia a partir de sistematización de artículos de la revista Salud pública de México 2000-2014

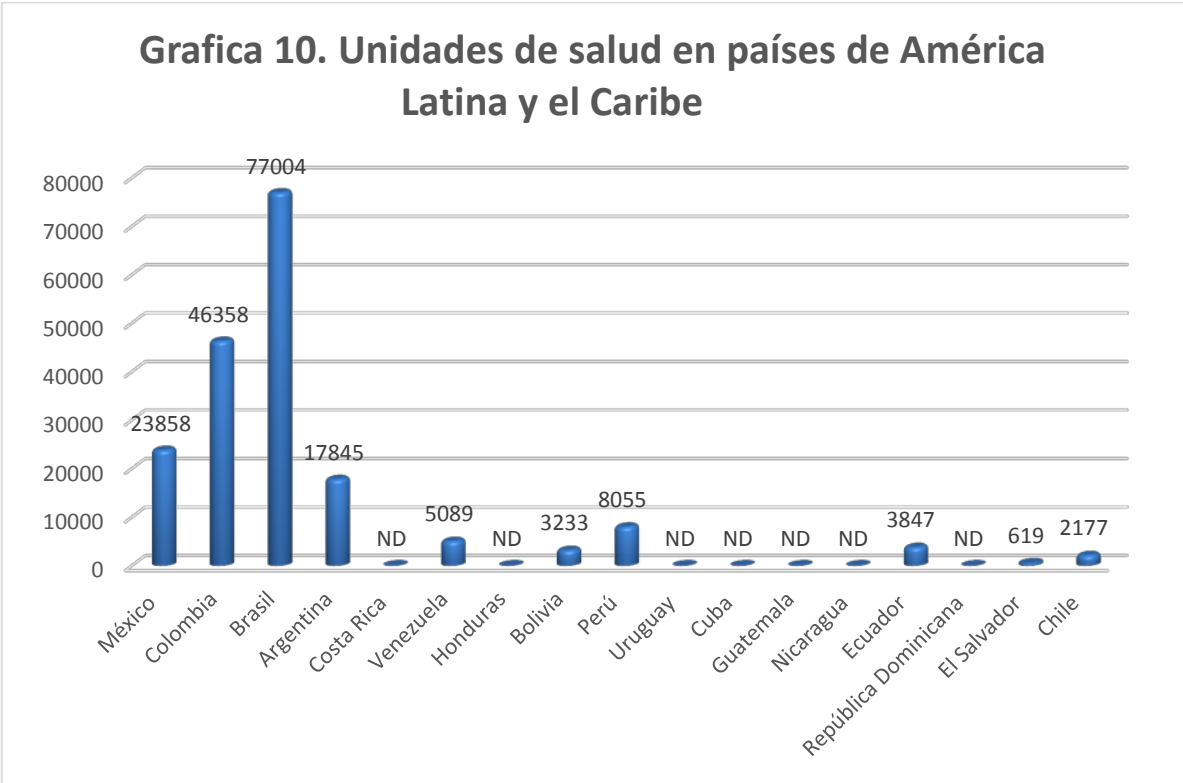
Recursos

Las preguntas eje que dirigen a los autores para abordar los recursos con los que cuentan los sistemas de salud de América Latina y el Caribe son; ¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?, ¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios? y ¿Cuánto se gasta en medicamentos y cual es nivel de acceso a ellos?

Los 17 artículos que se utilizaron para la base de datos fueron realizados a través de fuentes secundarias, por lo tanto no se encontraron datos disponibles de algunos países de América Latina y el Caribe en: infraestructura, recursos humanos y gasto en medicamentos, que solo nos permitió obtener los siguientes resultados.

En unidades de salud no se encontraron datos de, Costa Rica, Honduras, Uruguay, Cuba, Guatemala, Nicaragua y República Dominicana, de los datos disponibles Brasil es el que cuenta con mayor número de unidades de salud, de los cuales de acuerdo con datos de Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, el número de establecimientos de salud paso de 35 701 en 1990 a 77 004 en el 2005, 58.6% pertenece al sector público y 41.4% al privado (Becerril, Medina, & Aquino, 2011). Colombia en el 2010 contaba con 46 358 unidades de salud de estas 10 390 eran Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS) (9 277 privadas y 1113 publicas), 34 933 eran unidades independientes, 341 eran ambulancias y 694 con un objetivo social diferente (Guerrero, Gallego, Becerril, & Vásquez, 2011). México en el 2007 contaba con 23 858 unidades de salud, sin considerar a los consultorios del sector privado, 4 358 son hospitales y el resto unidades de atención ambulatoria, del total de hospitales 1 182 son públicos y 3 172 privados alrededor del 86% son hospitales generales y el resto hospitales de especialidad, en el sector privado la mayoría de los hospitales son maternidades muy pequeñas (Gómez, y otros, 2011). De los datos disponibles el Salvador es el que cuenta con menor número de unidades de salud, el ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) cuenta con 619 establecimientos de salud: 30 hospitales, 377 unidades de salud, 3 centros de atención de emergencia, 159 casas de salud, 46

centros especializados de referencia nacional, 2 clínicas, 47 centros rurales de nutrición y 11 hogares de espera materna. El sector privado cuenta con hospitales ubicados principalmente en las grandes ciudades salvadoreñas sin embargo no se conoce su número exacto (Acosta, Sáenz, Gutiérrez, & Bermúdez, 2011). Cabe mencionar que el número de unidades de salud es proporcional al número de población de cada país, sin embargo creemos que el número de unidades no son suficientes para atender los problemas de salud de la población (Grafica 10)



ND: Datos no disponibles.

Fuente: Elaboración propia a partir de sistematización de artículos de la revista Salud pública de México 2000-2014

De los datos disponibles Cuba es el país de América Latina y el Caribe que cuenta con una mayor razón de camas (5.9 por 1000 habitantes) cifra muy superior a la recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual recomienda que debe haber 1 cama por 1000 habitantes. El segundo país es Argentina con 4.1 camas por 1000 habitantes, este con Cuba cuentan con un número superior

incluso al promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que es de 3.9 camas por 1000 habitantes (Domínguez & Zacca, 2011).

Dentro de los países que no cubren con el número mínimo de cama por 1000 habitantes recomendado por la OMS son: México (0.75), Honduras (0.81) y Venezuela (0.9) (Grafica 11)



ND: Datos no disponibles

Fuente: Elaboración propia a partir de sistematización de artículos de la revista Salud pública de México 2000-2014

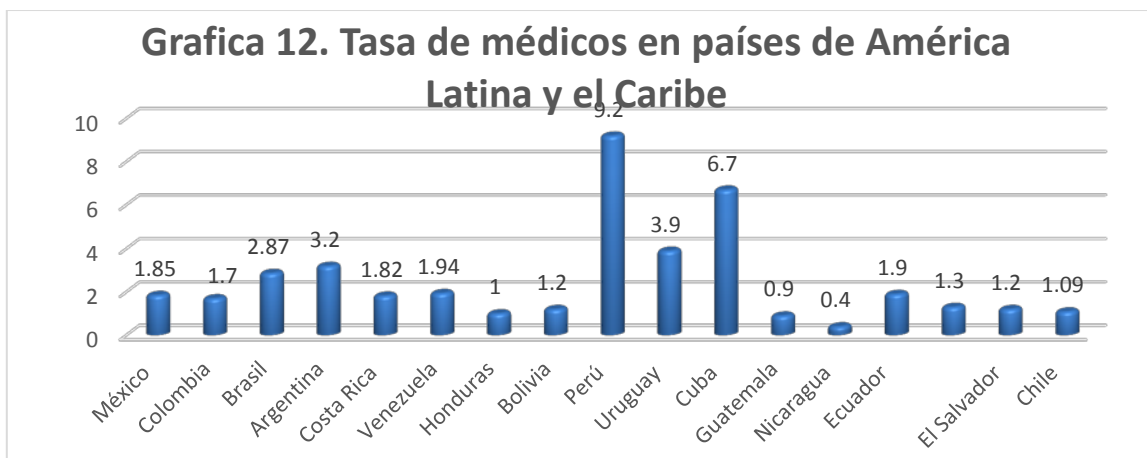
En cuanto a recursos humanos con lo que se prestan los servicios de salud en América Latina y el Caribe en el 100% de los artículos solo se encontraron datos de médicos y enfermeras los cuales forman parte del personal sanitario.²⁰ La OMS menciona que no hay una regla que permita evaluar la cantidad suficiente de personal sanitario, estima que los países con menos de 2.3 profesionales de atención de salud (incluidos únicamente médicos, enfermeras y parteras) por cada 1000 habitantes, probablemente no alcancen las tasas de cobertura adecuadas para las intervenciones clave de atención primaria de salud que son prioritarias en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El Sistema de Salud peruano

²⁰Incluye a, parteras, farmacéuticos y trabajadores sanitarios de la comunidad, así como al personal de gestión y auxiliar, como los administradores de los hospitales, los trabajadores sociales, que dedican la totalidad o parte de su tiempo a mejorar la salud.

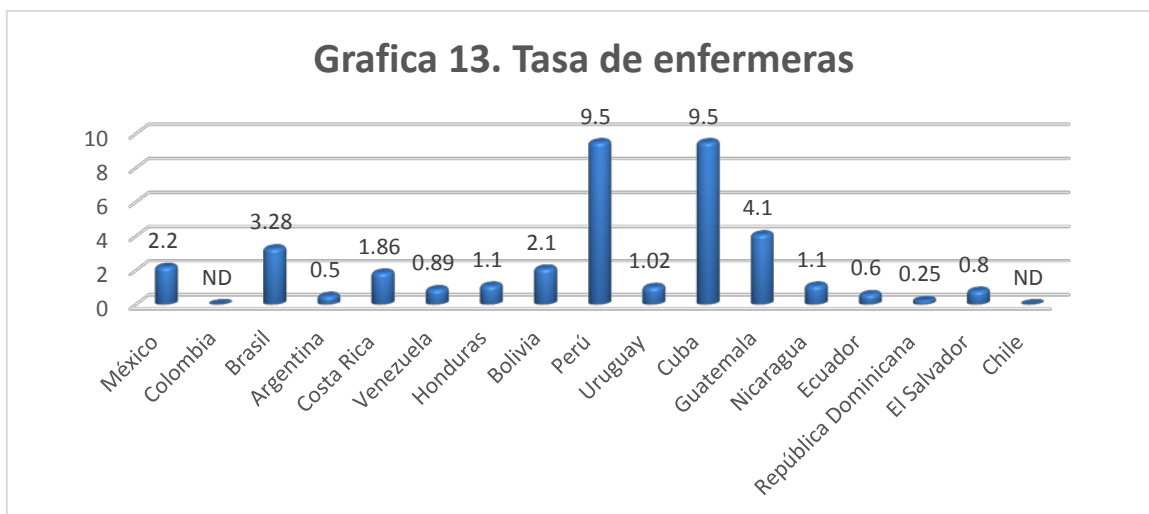
y el colombiano de acuerdo a las fuentes secundarias utilizadas son los países de América Latina y el Caribe que cuentan con en mayor número de médicos (Perú 9.2, Cuba 6.7) y enfermeras (Perú 9.5, Cuba 9.5) por 1000 habitantes. En Perú, Lima es el que concentra el mayor número de personal sanitario 53.19% de los médicos, y 40.23% de las enfermeras (Alcalde, Lazo, & Nigenda, 2011).

Nicaragua es el país que cuenta con menor número de médicos (0.4), este con Guatemala (0.9) son unas de las razones más bajas de América Latina incluso menores que Bolivia (1.2), estos países están por debajo del promedio en los países de la OCDE que es de 3 médicos por 1000 habitantes.

En cuanto a enfermeras, en Guatemala hay 4.1 por 1000 habitantes, cifra mucho más elevada que Bolivia (2.1) e incluso que México (2.2) los países con menor número de enfermeras son: República Dominicana (0.25), Argentina (0.5) y Ecuador (0.6). Argentina aunque es uno de los países con mayor oferta de médicos en el mundo no cuentan con el número suficiente de enfermeras, arrojando una relación de enfermeras por medico de 0.2, en los países de la OCDE la razón de enfermeras por 1000 habitantes es de 8.9 y la relación de enfermeras por medico es de 2.9. Cabe mencionar que el promedio Latinoamericano de enfermeras es de 0.8. Es importante que es necesario generar más recursos humanos incluidos médicos, enfermeras y promotores de la salud. (Grafica 12 y 13)



Fuente: Elaboración propia a partir de sistematización de artículos de la revista Salud pública de México 2000-2014



ND: Dato no disponible

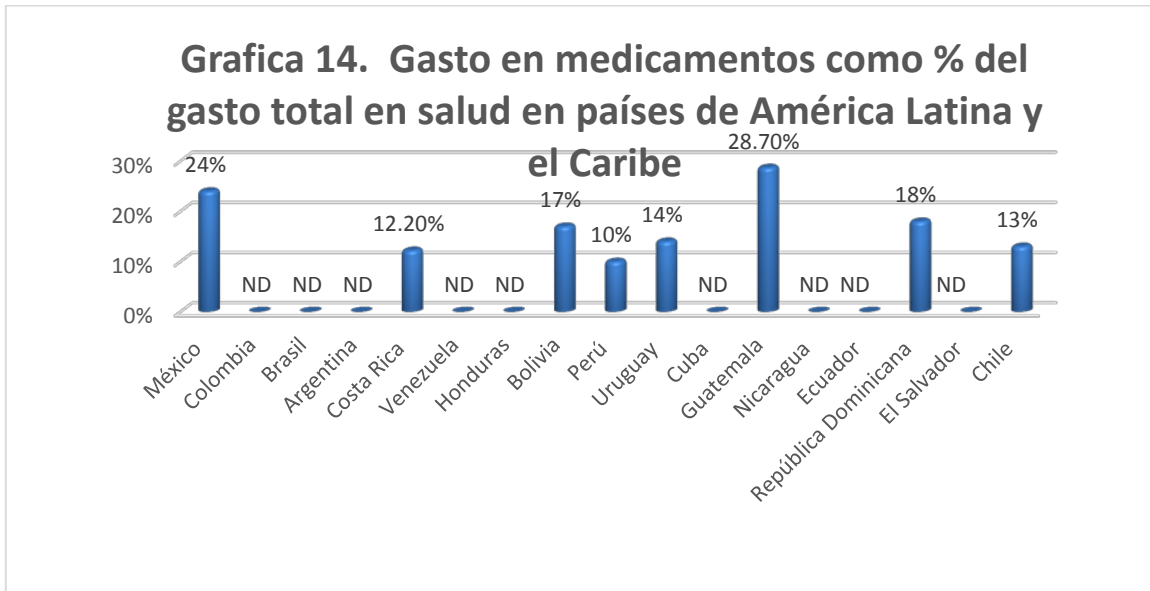
Fuente: Elaboración propia a partir de sistematización de artículos de la revista Salud pública de México 2000-2014

En el gasto en medicamentos como % de PIB solo se encontraron datos en los siguientes países: Guatemala (28.7%), México (24%), República Dominicana (18), Bolivia (17%), Uruguay (14%), Chile (13%) Costa Rica (12.2) y Perú (10%).

En Guatemala los recursos financieros invertidos en la compra de medicamentos en el 2005 representaron el 28.7% del gasto total en salud, alrededor de 70% de esta cantidad es gasto de bolsillo, 21% es gasto del Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS), 5% corresponde al Ministerio de Salud Pública y asistencia Social (MSPAS) y el restante (4%) corresponde a las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) (Becerril & López, 2011).

En México en el 2007 el gasto en medicamentos representó el 24% del gasto total en salud, es decir, 1.4% del PIB, la mayor parte de este gasto (75%) es gasto de bolsillo (Gómez, y otros, 2011). En República Dominicana el Gasto Total en medicamentos ascendió alrededor de 400 millones de dólares, de los cuales 33% corresponde a gasto público y el 67% a gasto de bolsillo de los hogares (Rathe & Alejandro, 2011). En Bolivia el subsector farmacéutico constituye un importante rubro en la economía del país ya que representa 1.15% del PIB y poco más de 17% del gasto total en salud, se calcula que alrededor del 77% del gasto en medicamentos es gasto de bolsillo y el resto es gasto del sector público y la seguridad social (Ledo & Soria, 2011). En Costa Rica al igual que en los países

anteriores la mayor parte del gasto en medicamentos es gasto de bolsillo (80%) relacionados en la compra de medicamentos y consultas médicas. (Grafica 14)



ND: Dato no disponible

Fuente: Elaboración propia a partir de sistematización de artículos de la revista Salud pública de México 2000-2014

Rectoría

En el 100% de los artículos se explica la rectoría, que incluye su diseño, la definición de prioridades, la coordinación intra e intersectorial, la regulación, la generación y coordinación normativa de la información, la evaluación del desempeño y la representación internacional de los sistemas de salud (Frenk & Gomez, 2008). Las preguntas eje que utilizaron los autores fueron: ¿Quién pone orden el sector salud y como se regula la atención?, ¿Quién vigila las actividades que impactan la salud? y ¿Quién evalúa?, obteniendo las siguientes instituciones de cada país con estas preguntas se puede explicar los diferentes grados de descentralización que hay en cada país. Una de las principales iniciativas que impulsan las reformas de salud se refiere a estos aspectos. (Tabla 2)

Tabla 2. Rectoría de los sistemas de Salud de América Latina y el Caribe

RECTORÍA			
País	¿Quién pone orden?	¿Quién vigila?	¿Quién evalúa?
México	<ul style="list-style-type: none"> Secretaría de salud (SSA) 	<ul style="list-style-type: none"> Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) 	<ul style="list-style-type: none"> Dirección General de Evaluación del Desempeño de la SSA
Colombia	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Protección Social (MPS) Comisión Reguladora en Salud (CRES) Superintendencia Nacional de Salud (SNS) 	<ul style="list-style-type: none"> Superintendencia Nacional de Salud (SNS). Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> MPS
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio do Saude 	<ul style="list-style-type: none"> Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> Departamento de Regulación, Evaluación y control de Sistemas (DERAC)
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud (MS) 	<ul style="list-style-type: none"> Administración Nacional de medicamentos Alimentos y Tecnología (ANMAT). Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de salud (ANLIS), Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable, ministerio de Agricultura Ganadería y Pesca. 	<ul style="list-style-type: none"> Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales.
Costa Rica	<ul style="list-style-type: none"> MS 	<ul style="list-style-type: none"> MS 	<ul style="list-style-type: none"> MS Caja Costarricense de Seguro Social

			(CCSS)
Venezuela	<ul style="list-style-type: none"> • MS 	<ul style="list-style-type: none"> • MS • Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina estratégica de seguimiento o y evaluación de Políticas Publicas
Honduras	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Salud (SS) • Consejo Nacional de la Salud (CONSALUD) • Consejo Consultivo de la Calidad (CONCASS) • Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud la Comisión Nacional de Sida (CONASIDA) • Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud (CONARHUS), 	<ul style="list-style-type: none"> • SS. 	<ul style="list-style-type: none"> • SS
Bolivia	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de salud y deporte (MSD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Análisis de Situación de salud 	
Perú	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud (MINSA), 		
Uruguay	<ul style="list-style-type: none"> • El MSP, a través de dos instancias: la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y la Dirección General de Salud (DIGESA). 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección General de Salud (DIGESA) 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe en Uruguay ninguna institución que evalué
Cuba	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud Pública (MINSAP) 		
Guatemala	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud del MSPAS 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe ninguna instancia encargada de realizar estas evaluaciones de manera regular.

Nicaragua	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud (MINSA) 	<ul style="list-style-type: none"> El MINSA y sus respectivos Sistemas Locales de Atención Integral en salud (SILAIS), a través del Sistema Nicaragüense de Vigilancia Epidemiológica Nacional (SISNIVEN), son responsables de la vigilancia de las actividades que impactan la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Dirección Superior y la Dirección General de Planificación y Desarrollo
Ecuador	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud Pública (MSP) 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud Pública (MSP) 	<ul style="list-style-type: none"> No existe un organismo encargado de llevar a cabo una evaluación coordinada del sistema de salud de Ecuador.
República Dominicana	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud Pública (MSP) 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud Pública (MSP) 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud Pública (MSP)
El Salvador	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) 	<ul style="list-style-type: none"> Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) 	<ul style="list-style-type: none"> Secretaría Técnica de la Presidencia, Corte de Cuentas de la República
Chile	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud (MINSAL) 	<ul style="list-style-type: none"> Instituto de Salud Pública (ISP) 	<ul style="list-style-type: none"> División de Gestión de la Subsecretaría de Gestión de Redes del Ministerio de Salud

Fuente: Elaboración propia a partir de sistematización de artículos de la revista Salud pública de México 2000-2014

Voz de los usuarios

En el 100% de los artículos hacen referencia a “la voz de los usuarios” en los 17 artículos revisados de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe, las preguntas eje que guían esta investigación son: ¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema? y ¿Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención a la salud? En el 71% de los artículos la participación de los usuarios en la evaluación del sistema de salud es tomada en cuenta a partir de encuestas en donde se califica, la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud. Por ejemplo, México ha sido evaluado a través de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA) y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 calificando la calidad de la atención como “buena” o “muy buena (Gómez, y otros, 2011).

Por su parte Brasil en el 2003 a través del Consejo Nacional de Secretarios de Salud, publicó los resultados de la segunda encuesta sobre conocimiento, evaluación y opinión de los brasileños respecto de los servicios del Sistema Único de Salud (SUS). Los encuestados pusieron de relieve la carencia de médicos y personal de enfermería (19.4%); la falta de medicamentos (9.5%); los largos tiempos de espera para recibir atención con igual calificación que la falta de hospitales (8.3%) y la demora para recibir citas para la consulta (7%) (Becerril, Medina, & Aquino, 2011). En Costa Rica, la satisfacción de los usuarios de los servicios recibidos se mide a través de encuestas de opinión o informes de fiscalización de otras instituciones. La encuesta realizada por el Instituto de Estudios Sociales en Población en 2009 mostró que 60% de los entrevistados prefirieron los servicios privados porque ofrecen “mejor atención, calidad y rapidez de los servicios” (Sáenz, Acosta, Muiser, & Bermúdez, 2011).

Ecuador cuenta con un organismo de control ciudadano, es la Comisión de Control Cívico de la Corrupción (CCCC), la cual se encarga de recibir, tramitar e investigar denuncias ciudadanas sobre posibles actos de corrupción dentro de los servicios de salud (Econ & Villacrés, 2011). En el resto de los artículos (29%), corresponde

a Argentina, Venezuela, Perú, Guatemala y El Salvador los cuales no cuentan con un mecanismo para evaluar la percepción de los usuarios.

Innovaciones

En este apartado se hace una búsqueda sobre las innovaciones más recientes que se han realizado en los sistemas de salud de América Latina y el Caribe, las preguntas eje son: ¿Qué innovaciones recientes se han implantado?, ¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes? y ¿Cuáles son los retos y las perspectivas de los sistemas de salud?

Por ejemplo en la innovación más reciente en México ha sido la creación del SPSS, cuyo brazo operativo es el SP y en la mayoría de los artículos revisados sobre este tema refieren que está produciendo resultados positivos. Los datos que analizan son por ejemplo, el gasto en salud, como porcentaje del PIB, creció de 5.1 % en 2000 a 5.9% en 2008. Las conclusiones sobre las reformas refieren que se han generado avances importantes, pero todavía persisten diversos retos: se requieren recursos públicos adicionales cuya disponibilidad dependerá básicamente de una reforma fiscal, tanto para seguir reemplazando el gasto de bolsillo como para satisfacer la costosa demanda asociada con la transición epidemiológica (Gómez, y otros, 2011). En el sistema de salud de Uruguay se inició una reforma con la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), cuya misión es articular a los prestadores públicos y privados de servicios de salud y constituir un Seguro Nacional de Salud financiado con recursos de un fondo que pretende reunir todos los recursos destinados a la salud, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) (Aran & Laca, 2011). En el Salvador el principal reto del sistema es ampliar la cobertura sobre todo en las zonas rurales. Otro reto es fortalecer la promoción de la salud. Es necesario consolidar la capacidad rectora del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), mejorar el diseño de las políticas nacionales de salud y fortalecer la regulación y las actividades de evaluación (Acosta, Sáenz, Gutiérrez, & Bermúdez, 2011).

Los artículos hacen referencia a las “innovaciones de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe” las cuales indican que a través de reformas favorecen el financiamiento y la prestación de servicios, la universalidad de la atención, equidad y la integración de acciones de promoción, protección y prevención de la salud, así como el mejoramiento de la eficacia, accesibilidad y calidad de la atención médica. Por otra parte se han implementado reformas hacia la descentralización de los servicios de salud, así como reformas encaminadas hacia la articulación de los servicios de salud públicos y privados, financiados con recursos de un fondo que reúna todos los recursos destinados a la salud de cada país.

Promoción de la salud

En los 17 artículos se hizo una búsqueda sobre cómo los sistemas de salud de América Latina y el Caribe abordaban a la promoción de la salud entendida a partir de la Carta de Ottawa creada en 1986, como:

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. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (OMS, 1986).

Tomando en cuenta el concepto y los diferentes paradigmas de la promoción de la salud se encontró que el 70.5% de los artículos, abordan a la promoción de la salud a partir del modelo higiénico-preventivista desarrollando acciones encaminadas al cambio de los estilos de vida. Solo el sistema de salud boliviano (6%) toma en cuenta a la promoción de la salud alternativa, busca fortalecer la participación del Estado en la creación de una cultura de salud integral y calidad de vida, promoviendo las acciones intersectoriales, incluyendo las acciones

dirigidas a modificar los factores determinantes de la exclusión social en salud (Ledo & Soria, 2011). El 23.5% de los artículos (Argentina, Honduras, Perú, y Chile) no explicita ninguna acción de promoción de la salud en los sistemas de salud.

Perspectiva Crítica.

Salud Colectiva es una publicación científica cuatrimestral coeditada por la Universidad Nacional de Lanús y la Asociación Civil Salud Colectiva de Argentina, creada en el 2005. Pública artículos originales e inéditos que contribuyan al estudio del proceso salud-enfermedad-atención y cuidado (PSEAC). Es un espacio editorial de libre acceso (Open Access) vinculado al pensamiento crítico en el campo de lo social. Los criterios básicos de la revista son: a) la apertura multidisciplinaria, que se expresa en la amplitud disciplinaria de los autores, antropología, historia, psicología, sociología, economía, medicina, b) la calidad científica y el rigor metodológico de los trabajos, los cuales están resguardados por la jerarquía del Consejo Consultivo y por el mecanismo de arbitraje de los trabajos presentados, y c) alcanzar la más amplia difusión entre los trabajadores de salud interesados en la temática, preocupación que se fundamenta en la convicción de que compartir conocimientos y saberes, contribuye estratégicamente, a minimizar desigualdades regionales y a promover intercambios e interacciones en un campo en el que las inequidades se expresan en mortalidad, morbilidad y calidad de vida. Salud Colectiva está integrada al Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas, dependiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Ha sido evaluada por distintas organizaciones académicas internacionales con resultados altamente positivos, por lo que actualmente se encuentra indizada en más de 15 bases de datos: MEDLINE - Index Medicus, SciELO Salud Pública, SciELO Argentina, Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas, DOAJ, DIALNET, Redalyc, PASCAL, Journal Citation Reports - Social Sciences Citation Index, SCOPUS, HAPI, ProQuest, ULrichSWEB, Clase, LILACS, BINACIS, LATINDEX, además ha sido

incluida en los siguientes directorios: HINARI, Free Medical Journals, Biblioteca Electrónica de Ciencia y Tecnología (Spinelli, 1995). Es importante mencionar que esta revista se encuentra indizada a mayor base de datos internacionales a diferencia de la revista de Salud Pública de México.

Para el abordaje de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe dentro de la perspectiva crítica en la revista de Salud Colectiva de Argentina, usamos como palabra clave “sistemas de salud, políticas de salud y reforma del sector salud” realizando la búsqueda a partir de la primera publicación en el 2005 a la actualidad. Se encontraron 10 artículos de revisión dentro de la perspectiva crítica en diferentes volúmenes. Arrojando como resultado artículos de los sistemas de salud de: Argentina, Brasil y México.

De la base de datos realizada, se obtuvieron los siguientes resultados:

El 80% de los artículos utilizan fuentes secundarias como periódicos, libros, revistas, páginas web, artículos, informes, organizaciones, entrevistas, páginas gubernamentales y estadísticas y solo el 20% utiliza fuentes primarias como congresos, conferencias y foros.

Por otra parte el 100% de los artículos tienen un marco teórico explícito, donde las principales categorías conceptuales que se utilizan son: regulación, financiamiento, provisión de servicios, capitalismo, focalización, privatización, política social, descentralización, Estado, régimen de política social, pluralismo estructurado, modelo neoliberal, desigualdad en salud, inequidades, reforma, sistema de salud, desfinanciamiento, protección de la salud, aseguramiento, gasto privado, desconcentración, devolución, delegación, descentralización administrativa, reformas neoliberales, autonomía institucional, ajuste estructural, promoción de la salud, participación, aceptación activa, aceptación pasiva, resistencia, modelo asistencial, modelo de seguro social, calidad, eficacia, institucionalización, reforma sanitaria y democracia. El marco teórico se hace explícito para poder realizar un análisis de los datos obtenidos de las fuentes

secundarias. Los artículos son muy diversos. Hay algunos que estudian un país o bien, hacen estudios comparativos.

Los artículos analizados tienen diferentes marcos teóricos y metodologías distintas; uno relacionado con el análisis de la segunda reforma de salud implementada en tres países de América Latina y el Caribe (México, Colombia y Chile); en otro se discute sobre la descentralización y los resultados de este proceso en América Latina. Se analizaron dos artículos de Argentina; en uno se discute sobre la descentralización y en otro se hace una comparación sobre la reforma de la atención médica entre este país y Estados Unidos de América, en los dos artículos de Brasil se hace un análisis del Sistema Único de Salud (SUS). Por último se analizaron tres artículos críticos de las reformas y políticas en salud implementadas en México así como la desigualdad en salud relacionada con estas.

Los artículos que se publican en la revista de Salud Colectiva tienen un carácter y un lenguaje mayoritariamente político, económico, tendiente a los derechos humanos y críticos de las reformas donde se describen y analizan procesos, lo cual adquiere mayor complejidad y como no todos los artículos analizan los mismos procesos, no puede haber un formato para estandarizar los resultados obtenidos en este análisis, como se realizó para los artículos de la revista de Salud Pública de México incorporada a la perspectiva tradicional. En la revista Salud Colectiva cada uno reconstruye su marco teórico, y un marco referencial, también los indicadores dependiendo de los que se está analizando y del marco teórico en cual se adscriben, arrojando en cada artículo diferentes resultados y conclusiones.

Por ejemplo, en cuanto al proceso de descentralización en América Latina se desarrolló un estudio donde se abordó primero la falta de consenso que existe sobre el significado del concepto de descentralización y la dificultad de medir el nivel de descentralización de un sistema de salud. En el artículo, identifican como un elemento importante a los actores que formularon estas hipótesis y se examinaron las razones detrás de su formulación y si los resultados alcanzados

tras la descentralización de los servicios de salud en América Latina confirman dichas hipótesis. En este estudio se identificó que en América Latina la descentralización ha aumentado la inequidad, ya que cuando la descentralización se implementó siguiendo los principios neoliberales, las autoridades locales establecieron o aumentaron las cuotas de recuperación para financiar los servicios. Los artículos hacen recuentos sobre la historia, no sólo cronológica sino además de los fenómenos sucedidos. Por ejemplo, indican que el BM empezó a promover las cuotas de recuperación a finales de los '80, y siguió defendiendo esa práctica a pesar de que muchos informes indicaban que las cuotas reducían el acceso de los pobres a los servicios de salud, cuando se acumuló suficiente evidencia de que las cuotas creaban inequidades, el BM cambió de estrategia y dejó de recomendarlas aunque las autoridades locales siguen cobrando cuotas en muchos países. Otra de las críticas a los procesos de reforma es sobre la descentralización. En algunos artículos refieren que ha provocado la fragmentación de los sistemas de salud: los ricos utilizan los planes más caros y mejores de salud, y los pobres utilizarán los muy básicos (Ugalde & Homedes, 2008). Los autores concluyen que el hecho de que la descentralización haya fracasado no significa que no haya que descentralizar. La decisión de descentralizar o no, el tipo de descentralización, y cómo hacerla –cuando los políticos deciden que hay que descentralizar– depende del tamaño del país y de su experiencia histórica, características culturales, geográficas, políticas y económicas. No hay una fórmula universal para descentralizar. En América Latina la descentralización se ha impuesto desde fuera y se ha implementado apresuradamente sin tener en cuenta si existían las condiciones requeridas para su éxito.

Por otra parte, en el caso de Córdoba Argentina el estudio muestra que la descentralización ha profundizado algunos de los peores rasgos del sistema anterior en Córdoba. La falta de coordinación, la desintegración, la atomización, la fragmentación, la irracionalidad en el uso de los recursos, los problemas de financiamiento y el fortalecimiento del modelo médico tradicional son algunos de los resultados más significativos. A esto deben agregarse nuevos problemas,

como la "clientelización" de la política de salud, la falta de información sanitaria en el nivel central y el cierre arbitrario de algunos servicios. Además, la falta de una instancia superior que coordinara y supervisara el proceso dejó librado a cada municipio a que construyera sus propias respuestas sanitarias frente a la problemática que enfrentaban. De ahí, que las conclusiones de los trabajos es que se profundizó la heterogeneidad en la fragmentación, lo que dificultó aún más las posibilidades de coordinación desde el nivel central. En el proceso de descentralización ha sido poco lo realizado por la jurisdicción provincial en el sentido de favorecer el desarrollo de capacidades estatales (políticas y administrativas) que permitieran mejorar los resultados de la política descentralizadora (Ase, 2006). Una de las diferencias por lo tanto entre los estudios desde la perspectiva crítica con la tradicional es que se aborda "la descentralización" como un proceso complejo y determinado sociohistóricamente.

Con referencia a Brasil, el artículo basado en el "Foro de la Reforma Sanitaria Brasileña" y en la discusión con el "Frente Parlamentario de Salud", con otras entidades del sector salud y educación y con la sociedad, donde su objetivo fue contribuir a las plataformas electorales generales de octubre de 2006, se habló sobre la reforma sanitaria y el SUS. En el artículo se plantean estrategias programáticas: romper el aislamiento del sector salud, establecer responsabilidades sanitarias y derechos de los ciudadanos-usuarios, intensificar la participación y el control social, aumentar la cobertura y la resolutiveidad y cambiar radicalmente el modelo de atención a la salud, formar y valorizar a los trabajadores de la salud, profundizar el modelo de gestión, aumentar la transparencia y el control de los gastos, ampliar la capacidad de regulación del Estado y superar la inseguridad y el desfinanciamiento, para lograr un SUS, universal, humanizado y de calidad. En el foro se concluyó que dichas estrategias representan los puentes a ser construidos para lograr la transición entre el SUS existente, reconociendo sus avances y limitaciones, hacia el SUS "en serio": Universal, Humanizado y de Calidad. Refieren la factibilidad de garantizar el derecho a la salud, tomando en cuenta un cambio radical del modelo de atención a la salud, que no solo de prioridad a la atención primaria y retirar del centro del

modelo el papel del hospital y de las especialidades, sino principalmente concentrarse en el usuario-ciudadano como un ser humano integral, abandonando la fragmentación del cuidado que transforma a las personas en órganos, sistemas o pedazos de gente enferma. Los artículos hacen referencia a que estas organizaciones están mucho más politizadas en Brasil a diferencia de México y Argentina, ya que en estos países la mayoría de los autores de los artículos son académicos que solo se dedican a la investigación, en cambio en Brasil son las asociaciones y organizaciones (Becerril, Medina, & Aquino, 2011).

Con respecto a México, en el artículo de Nivaldo Linares Pérez y Oliva López Arellano (2009), se analizaron las desigualdades en salud entre las entidades federativas de México y se identificaron aquellas que constituyen inequidades. La medición de las desigualdades en salud se hizo a través del Índice de Inequidades en Salud (INIQUIS) con ayuda del paquete de Análisis Epidemiológico de Datos Tabuladores (EPIDAT 3.1). El análisis de la inequidad incluyó la comparación de los indicadores sobre resultados de salud y acceso a servicios con indicadores básicos del mismo tipo para América Latina y la valoración de las desigualdades que aludían a evitabilidad, injusticia e inaceptabilidad según los criterios reconocidos de la definición de inequidad. El objetivo de este estudio fue identificar los posibles efectos que sobre la equidad en salud pueden ser vinculados con las "intervenciones de reforma" desarrolladas en México durante 1995 y 2002. Este estudio dio como resultado que los niveles de desigualdad-inequidad en salud, entre las entidades federativas no parecen haber sido influidas significativamente por las intervenciones de la reforma sanitaria desarrolladas en México entre 1995 y 2002 y da continuidad a la reforma neoliberal iniciada en los años '80. Los autores reconstruyen indicadores tomados de fuentes secundarias a partir de un marco teórico en el que indican que son las inequidades, la desigualdad y reforma sanitaria para poder ser analizados, por lo tanto esta explícito a diferencia de los artículos analizados en la revista salud pública de México, donde solo se presentan datos duros.

Otros estudios realizados en México son críticos de las reformas y políticas impulsadas en nuestro país a partir de los 80's. En uno se analizaron los cambios ocurridos en la Secretaría de Salud (SSA) en las décadas de los 80's y 90's. Se explicita un marco teórico que permite entender el análisis realizado en el artículo. En cada una de las décadas se analiza, la regulación, financiamiento, provisión de servicios y lo que sucedió con los trabajadores de los servicios de salud, algunos resultados de este estudio son: las transformaciones que ha sufrido SSA en el ámbito del financiamiento observando las siguientes tendencias: (1) el BM ha proporcionado préstamos al gobierno mexicano condicionados a que éste último adopte políticas dirigidas a la población abierta mediante medidas puntuales; (2) el gasto que recibe la SSA ha estado supeditado al mantenimiento del equilibrio fiscal; y (3) el énfasis a los sistemas de cuotas de recuperación es un indicio de la mercantilización de la salud en los servicios públicos. Los autores sostienen que estas transformaciones obedecen a la lógica neoliberal en la que la salud es considerada como una mercancía que es adquirida en el mercado, y el Estado sólo atenderá a aquellos individuos que no pueden comprarla, como es la población que atiende la SSA (Lopez, Ortiz, & Rosales, 2001).

En otro estudio se analizó el impacto del programa del SP mencionando los orígenes de dicho programa y bajo qué propuestas está estructurado, arrojando que en el periodo 2000-2006, el SP es el programa "estelar", para seguir profundizando la reforma neoliberal lejos de enfrentar los graves problemas del sector, fortalece la concepción minimalista de la garantía de derechos sociales y restringe el derecho constitucional a la protección de la salud. Es en esencia, un instrumento para avanzar en la redefinición financiera de los fondos públicos para salud, en particular sobre aquellos recursos destinados a la atención de población sin seguridad social. Su lógica se basa en la perspectiva de romper los monopolios públicos de prestación de servicios, alentar la competencia y dinamizar la oferta de atención médica privada, garantizando flujos estables de recursos públicos para el mercado de producción de servicios. Las tendencias privatizadoras observadas, muestran que lejos de constituirse en el "tercer pilar"

de la seguridad social en el país, como se publicitó durante la firma del decreto de reforma a la Ley General de Salud en el 2003, se está en presencia de un programa que profundiza la fragmentación del sistema público y favorece su privatización selectiva (López & Blanco, 2007).

Por último se analizaron las políticas de salud impulsadas en México durante el período 1980-2004 por los sectores neoliberales así como el proceso de descentralización, reducción del gasto en salud, atención primaria selectiva, mercantilización de la salud y la privatización de los servicios de salud, para observar cuál ha sido la trayectoria de dichas políticas dentro de un contexto caracterizado por el incremento de la pobreza y las desigualdades socioeconómicas. La principal conclusión es que durante todo el lapso analizado se aplica la mayoría de las políticas básicas iniciadas en los 80's, manteniéndose una escasa inversión del Estado en salud, lo cual no significa que no hubiera modificaciones y discontinuidades debidas a diferentes factores coyunturales y estructurales, ya que incluso se observó que algunos objetivos no se lograron, como ocurrió con la constitución de un servicio integrado de salud, pese a que hasta fines del 2004 el secretario de salud sigue insistiendo en la necesidad de crear un sistema universal de protección a la salud sin distinción de niveles de ingreso o de posición laboral. De tal manera que bajo el nuevo gobierno que reemplaza setenta años al Partido Revolucionario Institucional (PRI) se mantienen los mismos objetivos y se aplican las mismas estrategias, expresando una notoria continuidad con las políticas gestadas a partir de los '80 (Menéndez, 2005).

Discusión.

En el transcurso de esta investigación se identificó que los artículos que se publican en la revista Salud Publica de México, están estandarizados, con un formato que permite homogeneizar los artículos y dar lectura fácilmente; por otra parte en la revista de Salud Colectiva, los artículos tienen diferente forma de abordaje, su parecido es que todos hacen explícito su marco teórico desde las

ciencias sociales críticas, para poder analizar los resultados, dichos artículos, utilizan un lenguaje más político y económico complejizando su lectura.

El artículo de los usos de la investigación cualitativa en salud ¿algo más allá de la difusión de resultados? de Francisco J. Mercado Martínez y Leticia Robles Silva, propone tres enfoques sobre la difusión y utilización de los conocimientos de investigaciones. El primero es el enfoque dirigido a la academia (la prioridad es hacer llegar los resultados de la investigación a los grupos académicos, pasando a segundo término su difusión a cualquier otro actor o grupo social externo a la academia); el segundo enfoque está centrado en la transferencia, traducción e impacto de los resultados (la intencionalidad es transferir los resultados de la investigación a una serie de actores externos al mundo académico, en particular a los tomadores de decisiones en políticas públicas y servicios de salud; el tercer enfoque está preocupado por la población el cual propone hacer llegar los resultados de la investigación a ella a través de la divulgación, el regreso de los datos a los informantes y con principios de justicia social. Siguiendo este artículo vemos que la mayoría de las investigaciones van encaminados hacia el enfoque o modelo dominante orientado a la academia o para ser publicadas en revistas de alto impacto de divulgación científica, seguido por la transferencia de conocimiento a los tomadores de decisiones en políticas públicas y servicios de salud ya que los artículos publicados en salud colectiva realizan críticas a reformas y políticas en salud para su transformación; así como discusiones académicas a favor de las reformas en salud en Latinoamérica y críticas al Estado en cuanto al cumplimiento del derecho a la salud.

El análisis que se llevó a cabo en este capítulo será de utilidad para fines de esta investigación, ya que se retomaran algunos elementos a nivel cuantitativo, para realizar series históricas sobre algunos indicadores de salud, financiamiento, recursos humanos e infraestructura. También se retomaran algunos conceptos desde la perspectiva crítica para poder hacer un análisis de los datos empíricos desde la perspectiva tradicional.

Transformaciones de las políticas de salud que han reorganizado los servicios de salud en México desde los 80`s hasta principios del 2000.

Las reformas impulsadas durante este periodo fueron bajo propuestas de ajuste estructural²¹, las cuales se desarrollaron dentro de un contexto nacional e internacional bajo una respuesta a la situación económica y política de América Latina (Menéndez, 2005).

Las reformas han sido promovidas por instituciones neoliberales, desde que Ronald Reagan, presidente de los Estados Unidos de América (EEUU), asumió el poder en 1980, ha habido una tendencia al diseño, formulación e implementación de políticas neoliberales (Ugalde & Homedes, 2008; Tetelboin, 2007). Al ser EEUU, el país económicamente más poderoso del mundo [importaciones de bienes y servicios como %del PIB²² (10.3%), exportaciones de bienes y servicios como % del PIB²³ (9.8%) en el año de 1980] ha podido imponer sus políticas en las organizaciones supranacionales más importantes (López& Blanco, 2007). Bajo su influencia y con el consentimiento de los demás países occidentales, el Fondo Monetario Internacional (FMI), BM, los bancos regionales multilaterales, la OCDE, y otras instituciones han aceptado las políticas neoliberales (Ugalde & Homedes, 2008; Tetelboin, 2007). Las políticas neoliberales se basan en dos principios: 1) el sector privado es más eficiente que el sector público, y 2) un gobierno grande es muy burocrático y es posible la corrupción, Laurell menciona en el plano ideológico, la Reforma del Estado²⁴ descansa en el pensamiento del PublicChoice²⁵ con la premisa fundamental de que el mercado es el mejor

²¹ Orientaciones económicas y políticas de corte neoliberal impulsadas por el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI).

²²Las importaciones de bienes y servicios representan el valor de todos los bienes y otros servicios de mercado recibidos del resto del mundo

²³Las exportaciones de bienes y servicios representan el valor de todos los bienes y de más servicios de mercado prestados al resto del mundo.

²⁴ La Reforma de estado es vista frecuentemente como un proceso de reducción del tamaño del estado, comprendiendo la delimitación de su cobertura institucional y la redefinición en su papel. Se configura un Estado promotor y garante del mercado.

²⁵Escuela de pensamiento económico, desarrollada en los Estados Unidos a partir de los años cincuenta, que extiende los conceptos y la metodología de la economía a los procesos de elección que se dan en las instituciones colectivas o públicas, y en general a situaciones fuera del mercado.

mecanismo para asignar los recursos económicos y la satisfacción de las necesidades de los individuos, de ahí que sea necesario eliminar cualquier obstáculo que interfiera con el libre intercambio para hacer efectivas las libertades económicas, morales y políticas. Según esta concepción es necesario reconstituir el mercado, la competencia y el individualismo mediante la reducción de la intervención estatal (López, Ortiz, & Rosales, 2001; Laurell, 1997).

Considerando lo anterior un país, provincia o municipio entrega parte de su poder decisorio cuando recibe un préstamo del FMI, del BM o de otras instituciones multilaterales ya que éstas suelen imponer cambios en las políticas como ha sucedido en México y otros países de América Latina a principios de los 80`s (Ugalde & Homedes, 2008; Tetelboin, 2007; López & Blanco, 2007).

En México los cambios en las políticas de salud durante los 80`s y 90`s se identifican en tres períodos que corresponden con los sexenios presidenciales y que expresan tres momentos decisivos en las reformas del sector salud: el primero bajo el poder de Miguel de la Madrid (1982-1988) caracterizado como transicional, el segundo a cargo de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994), en donde surge la estrategia bipolar de mercantilización y beneficencia y el tercero con el presidente Ernesto Zedillo (1994-2000), en donde las estrategias gubernamentales se orientan a fortalecer los mercados de la salud. Esta transformación del sector salud ha sido creada en forma explícita desde 1982 y forma parte del conjunto de reformas derivadas del ajuste estructural y a los mega-proyectos económicos y sociales impuestos por los organismos financieros internacionales mencionados anteriormente. A partir de esta fecha dichas políticas han sido adoptadas para afrontar la crisis económica que ha tenido México durante este periodo y que inicio en 1976 con el agotamiento del modelo de sustitución de importaciones en el país (Banda & Chacón, 2005) [Tabla 1], la cual tuvo impacto sobre el financiamiento y la organización de las instituciones de bienestar social y de salud en particular, reduciendo los servicios públicos de salud (López & Blanco, 2001). Ejemplo de ello ha sido la falta de cobertura de los servicios de salud, que comenzó con la

implantación del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria (IMSS-COPLAMAR) creado en el sexenio de José López Portillo en 1976 en coordinación con el Plan Nacional de zonas Deprimidas y Grupos Marginados [este programa se rebautizó como IMSS-SOLIDARIDAD en 1989 e IMSS-OPORTUNIDADES en el 2002] (Frenk &Gómez, 2008).

Reformas o políticas impulsadas durante el gobierno de Miguel de la Madrid (1982-1988).

El sexenio del presidente Miguel de la Madrid (1982-1988) constituye un período de transición que sienta las bases para la llamada Reforma del Estado obedeciendo la lógica neoliberal, que particularmente en el sector salud se propone adquirir los servicios para satisfacer las necesidades en el mercado y el Estado sólo atenderá a aquellos individuos que no pueden comprarla, como es la población que atiende la SSA y los programas asistenciales como IMSS-COPLAMAR (López, Ortiz, & Rosales, 2001; Tetelboin & Granados, 2009; Laurell, 1997).

Durante este sexenio la transformación más importante que se inició fue la “descentralización” de los servicios de salud junto con la sectorización, la modernización de la SSA, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria. Con la "descentralización se buscaba fortalecer a la nación, hacer más eficiente a la economía y más justa e igualitaria a la sociedad" (Soberon & Martínez, 1996). Un elemento clave en el contexto social para la implementación de la descentralización es la crisis económica, los precios del petróleo comenzaron a disminuir, las tasas de interés sufrieron un alza a nivel internacional, casi la mitad de la deuda externa del país vencía en 1982 y la constantes renegociaciones de la deuda externa (Banda & Chacón, 2005), obligaban a la racionalización y a la coordinación de la reconstrucción del Sistema de Salud Mexicano (López, Ortiz, & Rosales, 2001) [Tabla 3]

En 1983, se eligieron las estrategias para las reformas que se llevaron a cabo en esta etapa, con el propósito de conformar un Sistema Nacional de Salud (SNS) que permita incrementar la eficiencia de los servicios y racionalizar los recursos (López & Blanco, 2001). Se emitió el Decreto para la Descentralización de los servicios de salud de la SSA definiéndose las funciones de los distintos niveles de esta institución de la siguiente forma: las unidades centrales tendrían funciones normativas y de control, las unidades regionales ejercerían tareas de enlace y apoyo para la operación regional, y los Servicios Coordinados realizarían facultades operativas (López, Ortiz, & Rosales, 2001). Por otra parte se realizó una intensa actividad legislativa, cuyo punto de partida fue la modificación del Artículo 4o de la Constitución, incorporando el derecho a la protección a la salud. Durante este periodo el país enfrentaba dificultades económicas, renegociando la deuda externa y aplicando un plan de reducción en el gasto público (Frenk & Gómez, 2008).

En 1984 siguieron las actividades legislativas con la aprobación de la Ley General de Salud (LGS) que entro en vigor en julio de ese año. Se emitió otro decreto para la descentralización de los servicios de salud de la SSA y del entonces IMSS-COPLAMAR, el cual establece que la descentralización se realizará en dos etapas: (1) integración funcional o de coordinación programática entre los dos sistemas y (2) integración orgánica o fusión en una sola institución de los servicios de la SSA, el IMSS-COPLAMAR y de los servicios de los estados (López, Ortiz, & Rosales, 2001). La descentralización de los servicios de salud desde el nivel federal hacia los estados, buscaba mejorar la eficacia de las acciones de salud, favorecer la democratización y especialmente reducir las desigualdades en salud que caracterizan a la sociedad e instituciones de salud mexicanas, a partir de este año sólo se descentralizaron menos de la mitad (catorce) de los estados (Menéndez, 2005; Tetelboin & Granados, 2009). Fue la estrategia de mayor importancia para reorganizar la SSA que atendía a la población no derechohabiente y en los estados a través de la creación de Sistemas Estatales de Salud (SES), transformándose la SSA en una dependencia normativa, de supervisión, programación y evaluación (López & Blanco, 2001).

En la primera etapa de la estrategia descentralizadora se emprendió en 31 estados y alcanzó diversos grados de avance. La segunda etapa se inició en mayo de 1985 y, al finalizar este año, el proceso abarcaba nueve entidades federativas (Nuevo León, Guerrero, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Jalisco, Querétaro y Sonora) (López & Blanco, 2001). En este año se presentó una recesión económica en el país debido al terremoto del 19 de septiembre (Banda & Chacón, 2005) [Tabla 3].

En marzo de 1986, se suman otros tres estados (Colima, Guanajuato y México) y se creó el Consejo Nacional de Salud integrado por el secretario de salud federal, los gobernadores de los estados y los responsables de los SES, los tres en situación de igualdad. La función del Consejo fue vigilar el funcionamiento de los SES (Soberon & Martínez, 1996), en este año continuó la recesión económica del país debido a la caída de los precios internacionales del petróleo (Banda & Chacón, 2005). [Tabla 3]

A finales de 1987, dos entidades más se descentralizan (Aguascalientes y Quintana Roo). En estos estados desaparecen los Servicios Coordinados de Salud Pública y el IMSS-COPLAMAR y se crean dependencias estatales responsables de los servicios, también se creó el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (López & Blanco, 2001) y la recesión continuaba debido al desplomo de la bolsa mexicana de valores (Banda & Chacón, 2005) [Tabla 3].

Como se había mencionado sólo catorce estados finalizan la etapa de integración orgánica y descentralización operativa, por lo que al término del sexenio, la descentralización de los servicios de salud queda inconclusa, ya que el poder Ejecutivo Federal decidió suspenderla; entre los factores que impactaron negativamente dicho proceso fueron: limitación económica derivadas de las crisis económicas, la oposición del IMSS a la transferencia de los servicios del IMSS-COPLAMAR a los gobiernos estatales y el avance limitado de la descentralización en otros sectores necesarios para apoyar los servicios de salud (López, Ortiz, & Rosales, 2001; Tetelboin & Granados, 2009).

La situación de desmantelamiento de los servicios de salud fue tan grave que, en 1988, se suspende indefinidamente el proceso descentralizador (Laurell C. , 2013). Por ejemplo, tuvo influencia en las condiciones de salud de la población en esta década ya que el desmantelamiento temporal de los programas de control de enfermedades y la reducción de la eficacia de las medidas epidemiológicas constituyeron una regresión sanitaria en este periodo al incrementar la incidencia de paludismo que tuvo una regresión sanitaria de treinta años, dengue que se presentó con una tasa de 77.1 por 100 mil habitantes, posteriormente con la epidemia de sarampión en 1989-90 que causo alrededor de cinco mil muertes; así como con el incremento de la mortalidad por desnutrición en preescolares y el incremento de patologías crónicas como diabetes, hipertensión, cáncer de mama y cervicouterino por la no detección oportuna. Por otra parte, la mortalidad por accidentes y violencias de 1970 a 1987 prácticamente se duplico pasando de 40.5 a 79.9 por 100 mil habitantes respectivamente (López & Blanco, 1993).

Reformas o políticas impulsadas durante el gobierno de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994).

Según Laurell, en los 90's se implementa en México una política social que convierte el mercado en el principal organizador y beneficiario de los servicios sociales que antes eran regulados por el Estado (Laurell, 2013), dichas políticas fueron impulsadas bajo el gobierno de Salinas de Gortari (1988-1994) asumiendo las premisas neoliberales que privilegia el mercado como organizador de la vida social y económica, en un contexto de profunda crisis política y económica, se decidió la desregulación administrativa, el control de la inflación, las privatizaciones (alrededor de mil empresas entre las más importantes TELMEX y los bancos) y la flexibilidad en el tipo de cambio. Durante este periodo se llevó a cabo la consolidación del Tratado de libre Comercio de América del Norte (TLCAN) con el que se esperaba un flujo de inversión extranjera que resolviera los problemas económicos, políticos y sociales del país. Dicha crisis la enfrentó el

gobierno mediante un discurso “solidario”, mediante una política social de beneficencia que no interfiera con la modernización económica, respondiendo a las demandas populares, pero los beneficios son materializados como regalos y no como derechos. Se legitima el discurso de “combate a la pobreza” y en salud, se refuerza la atención masificada y barata dirigida a los grupos marginados rurales y urbanos, que no garantiza más allá del primer nivel de atención (López & Blanco, 2001; López & Blanco, 2007) [Tabla 3].

La política social más importante impulsada durante este periodo es el Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), López menciona que “[...] es la versión más acabada de la política social asistencialista y centralizada que caracteriza al sexenio [...]”, en este programa existe una relación directa entre la figura presidencial y la población pobre, al margen de las instituciones de bienestar social, debilitando a las instituciones públicas y violentando las propuestas descentralizadoras del sexenio anterior que buscaban sentar nuevas bases geopolíticas para el desarrollo de la política social (López & Blanco, 2001).

Durante el lapso 1988-1994 no sólo se suspende la descentralización, sino que el programa IMSS-SOLIDARIDAD (antes IMSS-COPLAMAR) se recentralizó nuevamente, y dicha recentralización se ejerció vinculada estrechamente con el programa contra la pobreza, de tal manera que mediante Pronasol el Poder Ejecutivo pasa a tener el papel decisivo en las acciones sociales aplicadas a la población pobre y marginal, excluyendo el papel de los estados en la implementación de dichos programas.

En este sexenio el régimen orientó una parte del gasto social hacia la población en situación de pobreza, que se estaba incrementando como consecuencia de las políticas de ajuste iniciadas en los ochentas, dicha orientación fue recomendada por los organismos internacionales de salud y especialmente por el BM, de tal manera que durante el lapso 1988-1994 la inversión en Pronasol pasa de representar el 0,32% PIB en 1989 a constituir el 0,73% del PIB en 1993 recordando que el total de las inversiones oficiales en salud sólo representaban el 2,5% del PIB (Menéndez, 2005).

Aunque el financiamiento de Pronasol fue relativamente alto, el gobierno redujo el gasto social para mantener sus finanzas estables y liberar recursos para el pago de los intereses de la deuda externa principalmente en los 80's y para los 90's, además de la deuda externa se utilizan los fondos públicos para rescatar el capital de los inversionistas privados que fracasaron en el negocio de las autopistas y del sistema bancario (López & Blanco, 2001).

Tabla 3: Serie histórica de reformas y políticas de salud en México de 1976-2000

AÑO	PRESIDENTE	REFORMA O POLITICAPOLÍTICA DE SALUD	CONTEXTO SOCIAL	CONDICIONES DE SALUD
1976-1982	José López Portillo	Creación del programa IMSS-COPLAMAR.	Crisis financiera debido al agotamiento del modelo de sustitución de importaciones	❖ Perfil patológico polarizado con una tendencia a enfermedades infectocontagiosas.
1982-1988	Miguel de la Madrid	La descentralización de los servicios de salud junto con la sectorización, la modernización de la SSA, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria.	Crisis económica. Precios del petróleo comenzaron a disminuir, las tasas de interés sufrieron un alza a nivel internacional, casi la mitad de la deuda externa del país vencía en 1982 Constantes renegociaciones de la deuda externa	❖ Perfil patológico polarizado con una tendencia a enfermedades infectocontagiosas.
• 1983	Miguel de la Madrid	Se emite el Decreto para la Descentralización de los servicios de salud de la SSA Incorporación a la Constitución del Derecho a la Protección de la Salud.	Dificultades económicas, renegociando la deuda externa	
• 1984	Miguel de la Madrid	Promulgación de la Ley General de Salud. Se emite otro decreto para la descentralización de los servicios de salud de la SSA y del entonces IMSSCOPLAMAR.		
• 1985	Miguel de la Madrid	Inicio de la segunda etapa de la descentralización de los servicios de salud para población no asegurada,	Recesión económica debido al terremoto del 19 de septiembre de 1985.	
• 1986	Miguel de la Madrid	Se creó el Consejo Nacional de Salud integrado por el secretario de salud federal,	Recesión económica por la caída de los precios internacionales del petróleo.	

		los gobernadores de los estados y los responsables de los Servicios Estatales de Salud (SES).		
• 1987	Miguel de la Madrid	Creación del Instituto Nacional de Salud Pública.	Recesión económica por el desplomo de la bolsa mexicana de valores.	
• 1988	Miguel de la Madrid	Se suspende indefinidamente el proceso descentralizador.	Cambio de gobierno con el que asumió la presidencia Carlos Salinas de Gortari.	
1988-1994	Carlos Salinas de Gortari	Creación del Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol).	Se decidió la desregulación administrativa, el control de la inflación, las privatizaciones (alrededor de mil empresas entre las más importantes TELMEX y los bancos) y la flexibilidad en el tipo de cambio. Consolidación del Tratado de libre Comercio de América del Norte (TLCAN) con este se esperaba un flujo de inversión extranjera que resolviera los problemas económicos, políticos y sociales del país.	Perfil patológico polarizado con una tendencia a enfermedades crónico-degenerativas.
• 1990	Carlos Salinas de Gortari	El Programa IMSS-Solidaridad se recupera parcialmente.		
• 1991	Carlos Salinas de Gortari	Creación del Programa de Vacunación Universal.	Devaluación de la moneda.	
1994-2000	Ernesto Zedillo	Se elaboró el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.	Nueva crisis financiera vuelve a impactar negativamente el financiamiento del sector salud Levantamiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) 23 de marzo de 1994 con el asesinato de Luis Donaldo Colosio, la situación de México comenzó a ser insostenible.	Perfil patológico polarizado con una tendencia a enfermedades crónico-degenerativas.
1995	Ernesto Zedillo	Creación del Programa de Apoyo de Servicios de Salud a la Población Abierta y el Programa de Ampliación de Cobertura. Creación de la Fundación Mexicana para la salud.	Niveles más bajos de la década en cuanto al financiamiento del sector salud.	
1996	Ernesto Zedillo	Se firma el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud. Comenzó a operar el denominado Programa Piloto dirigido a familias pobres que sería el antecedente de los siguientes dos programas.	Niveles más bajos de la década en cuanto al financiamiento del sector salud.	
1997	Ernesto Zedillo	Se implementó el Programa de Alimentación, Salud y Educación (PASE). Comenzó a operar el		

		Programa de Educación, Alimentación y Salud (PROGRESA) posteriormente programa de Desarrollo Urbano "Oportunidades" y ahora "Prospera"		
1998	Ernesto Zedillo	Para febrero de 1998 se inicia una serie de ajustes presupuestales, En abril de 1998 ocurrió otro recorte presupuestal, y para junio del mismo año se anunció un tercer recorte presupuestal. En diciembre de 1998, se modificó el presupuesto que sería ejercido en el siguiente año.	Caída del precio del petróleo.	
2000	Ernesto Zedillo	El 5 de abril del 2000, el Ejecutivo envió al Congreso una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud para que se aplicara una modalidad llamada "prerrogativas por cuenta del paciente" .	El partido Revolucionario Institucional (PRI) que había gobernado el país durante 70 años, fue remplazado en el poder mediante elecciones, por el Partido de Acción Nacional (PAN).	

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión bibliográfica sobre reformas en el sector salud de México de 1976-2000.

Reformas o políticas impulsadas durante el gobierno de Ernesto Zedillo (1994-2000)

En 1994 comenzó una nueva crisis financiera que volvió a impactar negativamente el financiamiento del sector salud. El 1° de enero de 1994, el mismo día en que el tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) entraba en vigor, el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) atacó y tomó en su poder poblados del estado de Chiapas. La irrupción fue la primera señal del malestar político existente en el país y de que no todo era prosperidad como el gobierno de Salinas proponía (Banda & Chacón, 2005; Laurell, 1997).

Cuatro meses después, Luis Donaldo Colosio fue asesinado en Tijuana, Baja California. Los mercados financieros respondieron, el peso rebasó la banda de flotación establecida y el Banco de México tuvo que intervenir para mantener el tipo de cambio. Se dio la primera gran fuga de capitales. El gobierno de los

Estados Unidos reacciono ofreciendo un crédito a corto plazo de seis mil millones de dólares para mantener la estabilidad. Sin embargo el gobierno mexicano no lo utilizo (Banda & Chacón, 2005).

Tomando en cuenta el contexto económico, político y cultural que atravesaba nuestro país las agencias financieras internacionales principalmente el BM, planteo reorientar los recursos en el sector salud hacia las intervenciones de bajo costo, grandes externalidades y con alto impacto sobre algunas causas de mortalidad. De tal forma que los gobiernos financiaron un conjunto limitado de medidas de salud pública y de servicios clínicos esenciales dirigidos fundamentalmente a la población pobre, sin incrementos importantes del gasto público en salud (López & Blanco, 2001; Tetelboin & Granados, 2009).

Durante este periodo la principal reforma que se impulsó en el sector salud fue la propuesta de Reforma del Sector Salud 1995-2000 o Programa de Reforma del Sector Salud 1995, dicha reforma según la SSA propone la descentralización de los servicios de salud [La descentralización plantea la entrega de las unidades de la SSA y del Programa IMSS-Solidaridad a los gobiernos estatales, con el propósito de conformar Sistemas Estatales de Salud (SESA).] y la implementación de un paquete de servicios básicos²⁶ como ejes centrales para la reorganización de las instituciones públicas que atienden a población sin seguridad social (López & Blanco, 2001). En estas instituciones, los fondos públicos solo se utilizaron para financiar únicamente los servicios básicos de salud, dejando un espacio que permitiera alentar que otras necesidades de atención médica se realice de forma privada (López & Blanco, 2001; Laurell, 2013).

²⁶ La SSA limitan el paquete básico a : saneamiento básico a nivel familiar; manejo de casos de diarrea en el hogar; tratamientos antiparasitarios a las familias; identificación de signos de alarma de infecciones respiratorias agudas y referencia a unidades de atención médica; prevención y control de tuberculosis pulmonar; prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus; inmunizaciones; vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño; servicios de planificación familiar; atención prenatal, del parto y puerperio; prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones, así como participación social. A principios de 1998, por la presión ejercida por grupos ciudadanos y redes de mujeres, se incorporan la prevención y el control del cáncer cervicouterino, como treceavo componente del paquete básico de salud.

Otras políticas de salud impulsadas durante el gobierno de Zedillo, comenzaron en 1995 en donde se anunció la creación del Programa de Apoyo de Servicios de Salud a la Población Abierta con los recursos obtenidos de un préstamo de 420 millones de dólares del BM. Este préstamo se hizo efectivo y con él se puso en marcha el Programa de Ampliación de Cobertura.

En 1996 se firmó el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud²⁷, en este acuerdo se dijo que el gobierno federal atenderá los compromisos en materia de salud definidos en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, mediante la descentralización de los servicios de salud para la población abierta a los estados, con lo que se crearon los SESA, para incrementar la cobertura de atención médica en el país, mientras que la SSA solo se encargaría de la función normativa y operativa. Se buscaba mejorar el control y vigilancia de la SSA sobre los servicios públicos, privados y sociales. En este mismo año comenzó a operar el denominado Programa Piloto dirigido a familias pobres, que sería el antecedente de los siguientes dos programas (López, Ortiz, & Rosales, 2001). Estos últimos dos años tuvieron los niveles más bajos de la década en cuanto al financiamiento del sector salud (Laurell, 1997).

En 1997 la Secretaría de Hacienda comenzó a transferir los recursos directamente a los servicios de salud de los estados e inicio la operación del Programa de Educación, Alimentación y Salud (PROGRESA)²⁸ [actualmente PROSPERA], ubicándose como el principal programa de combate a la pobreza del sexenio de Zedillo, sin embargo Menéndez considera que este programa de salud es focalizado y selectivo, que se caracteriza por aplicar paquetes de servicios básicos exclusivamente en el primer nivel de atención, excluyendo todo tipo de intervención quirúrgica y de atención a nivel de especialidades, por lo cual si los

²⁷En el Acuerdo Nacional para la descentralización se definen las funciones que tendrá cada nivel de gobierno, las cuales son las mismas que se pretendieron atribuir durante la descentralización llevada a cabo en la década anterior, donde los estados operarán los servicios de salud.

²⁸ incluye atención médica, suplementos alimenticios, la entrega de dinero para ayuda alimentaria, becas educativas

pacientes demandan este tipo de intervenciones, deben pagar cuotas de recuperación con precios estipulados (Menéndez, 2005).

Laurell dice que las cuotas de recuperación:

“[...] promueve una ideología en la que la salud es vista como mercancía con un precio definido y sólo aquellos que prueben no poder pagarla tendrán acceso a un mínimo de servicios proporcionados por el Estado. Con esto las nociones de ciudadanía y la salud como derecho son desplazadas por las de consumidor y la salud como mercancía. Se genera, pues, un clima ideológico propicio para el crecimiento del sector privado [...]” (Laurell, 2013)

En 1998 se inició una serie de ajustes presupuestales en los recursos asignados al sector salud y en diciembre de este año, ante la caída del precio del petróleo, se modificó aún más el presupuesto que sería ejercido en el siguiente año en dicho sector (López, Ortiz, & Rosales, 2001).

En el año 2000 el poder Ejecutivo envió al Congreso una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud para que se aplicara una modalidad llamada "prerrogativas por cuenta del paciente", en la que se proponía que los institutos brindaran servicios especiales a los particulares pagando una tarifa, la cual se fijaría de acuerdo a los costos de hospitales privados que ofrecieran servicios similares. Sin embargo, el Congreso veto el artículo 57 de la ley de reforma a la Ley General de Salud que abría esta posibilidad. No obstante, en la realidad estas prácticas se vienen realizando desde 1999 en los Institutos de Cardiología, Nutrición y Perinatología (López, Ortiz, & Rosales, 2001). En este mismo año el PRI que había gobernado el país durante 70 años, fue remplazado en el poder mediante elecciones, por el Partido de Acción Nacional (PAN), quedando la presidencia a cargo de Vicente Fox Quesada.

Como conclusiones sobre este sexenio podemos decir que uno de los mayores triunfos que se otorga a la gestión del presidente Zedillo es que mantuvo en equilibrio las cifras de la macroeconomía del país. Sin embargo, esto se logró a costa de reducir los bienes y servicios sociales como lo planteó el BM, teniendo impacto en las condiciones de salud de la población.

Por ejemplo; en los 90's el perfil dominante está conformado por enfermedades crónico/degenerativas, e infectocontagiosas así como la violencia dentro de los problemas sociales y que si bien los dos primeros tipos son los que constituyen las principales causas, debemos reconocer que las enfermedades infectocontagiosas siguen teniendo un peso relevante ya que además, desde la segunda mitad de los 80's se incorpora el VIH-SIDA como causa importante de mortalidad, y se incrementa el impacto del dengue, aunque en especial en términos de morbilidad. Por otra parte, la desnutrición y otros padecimientos asociados a la misma continúan siendo un grave problema, especialmente en menores de cinco años, ya que –como lo señala la UNICEF en el 2002– México sigue teniendo una alta tasa de mortalidad en menores de cinco años, pese a las condiciones económicas y a la tecnología biomédica que ha desarrollado como país, es importante mencionar que no toda la población tienen acceso a dicha tecnología debido a la desigualdad social y de salud que existe en el país (Menéndez, 2005).

Estructura del sistema de salud mexicano a finales de los noventa.

El sistema de salud Mexicano estaba constituido por tres componentes básicos hasta el 2003. El primero incluía aquellas organizaciones gubernamentales encargadas de proporcionar servicios a los auto-empleados, 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. Se trata de la población no asalariada, que debe distinguirse de la población que trabaja en el sector informal de la economía. Destacando dentro de ellas la SSA federal, los SESA, y el programa IMSS-Solidaridad. La SSA y los SESA se

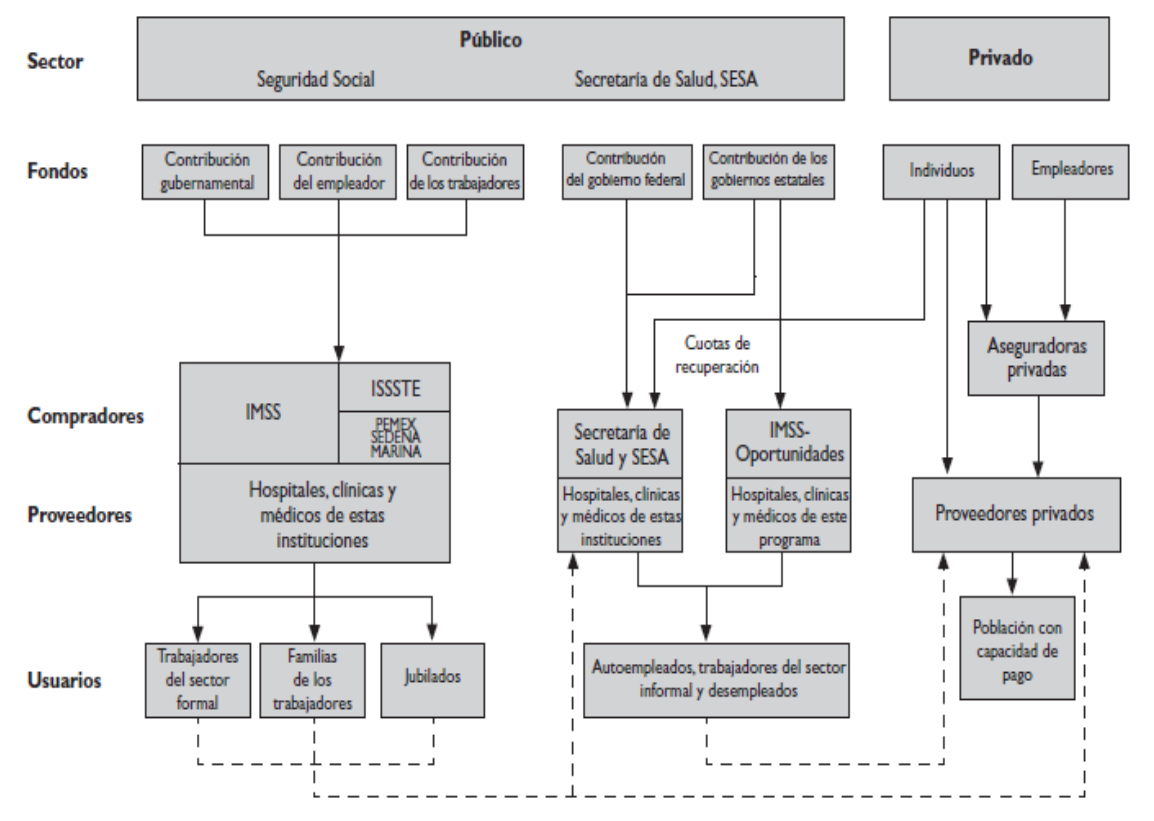
financiaban con recursos del gobierno federal en su mayoría, gobiernos estatales y pagos que los usuarios hacían al momento de recibir la atención. El IMSS-Solidaridad se financiaba con recursos del gobierno federal, aunque lo opera el IMSS. Estas instituciones, atendían a poco más del 50% de la población nacional (Gómez, y otros, 2011). (Diagrama 1)

El gobierno federal, a través de la SSA, tenía como principal tarea la rectoría del sistema, que incluye la planeación estratégica del sector, la definición de prioridades, la coordinación intra e intersectorial, las actividades de regulación de la atención a la salud y regulación sanitaria, y la evaluación de servicios, programas, políticas, instituciones y sistemas. Algunas de estas tareas, como la regulación de la atención a la salud, las desarrollaba en colaboración con diversos cuerpos profesionales e instituciones de la sociedad civil (Frenk & Gomez, 2008).

El segundo componente comprende a las instituciones de seguridad social –IMSS e ISSSTE, y las agencias de seguridad social de las fuerzas armada (SEDENA) y los trabajadores petroleros (PEMEX)- que proporcionaban servicios a los trabajadores asalariados y sus familias, quienes representaban poco más del 40% de la población nacional. El IMSS contaba con un financiamiento tripartito, con contribuciones de los empleadores, de los trabajadores y del gobierno federal. Las otras instituciones de seguridad social se financiaban con contribuciones de los trabajadores y del gobierno en su calidad de empleador (Diagrama 1).

El tercer componente era el sector privado, que incluía una gran variedad de proveedores que trabajaban en hospitales, consultorios y unidades de medicina tradicional sobre una base lucrativa. Aunque en teoría este componente debería atender al restante de la población sobre todo a la clase media no asegurada, en realidad atendía también, de manera regular, a un porcentaje variable de la población pobre no asegurada y de los derechohabientes de la seguridad social (Diagrama 1).

Diagrama 1: Estructura del sistema de salud mexicano a finales de los 90's



Fuente: Frenk, J., & Gómez, O. (2008). *Para entender el Sistema de Salud Mexicano*. México: Nostra Ediciones.

Discusión

A partir de los años 80's se fueron aplicando políticas propuestas por las corrientes neoliberales a través del gobierno priista considerado un partido "populista" apoyadas por instituciones internacionales principalmente el BM. En este lapso las principales reformas propuestas fueron la descentralización de los servicios de salud desde el gobierno federal hacia los gobiernos estatales, se redujo el papel del gobierno federal en la prestación de servicios de salud. Se considera que los cambios más importantes que sucedieron en la SSA se articularon en función de la descentralización, la cual se inició en la década de los ochentas y fue interrumpida en esa misma década para ser reiniciada a mediados de los noventa; el cambio más radical en la SSA es la regulación, donde asume el

papel exclusivo de normar todo el sector salud de México, dejando de prestar servicios. Esta misma tendencia ha sido observada en otros países de Latinoamérica como Chile y Colombia por mencionar algunos. Permitiendo el crecimiento del sector privado. Como lo menciona Laurell al decir que en los '90's se implementa en México una política social que convierte el mercado en el principal organizador y beneficiario de los servicios sociales que antes eran regulados por el Estado.

Capítulo 3. Marco teórico

Principales conceptos para el abordaje y explicación de las reformas en salud.

En este capítulo se mencionan las principales categorías conceptuales y operativas que nos permitió contestar la pregunta de investigación; basados en un mapa conceptual donde se encuentran las principales premisas teóricas que nos permiten abordar el tema desde la perspectiva sociohistórica y aspectos de la perspectiva tradicional. (Mapa 1).

Aunque el Estado es la primera categoría conceptual que nos permite explicar el impacto de las reformas en las condiciones de protección a la salud de la población, hacemos un paréntesis para exponer de manera general la importancia para la promoción de la salud, la exigibilidad de los derechos y en específico el derecho a la salud; partiendo de que los derechos humanos son conceptualizados como atributos o privilegios de los seres humanos, es decir, cualidades que atienden a nuestra naturaleza (ONU, 1948); para fines de esta investigación nos enfocamos al derecho a la salud, el cual pertenece a los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), también conocidos como derechos sociales, considerados así por ser atributos del individuo y su relación con los grupos sociales que componen la sociedad. Los derechos sociales implican la satisfacción de necesidades que corresponden al bienestar social que se entiende como el acceso efectivo a: trabajo, vivienda, educación, alimentación y salud. Es importante resaltar que todos los derechos humanos cuentan con un sistema de protección, los cuales pueden estar formados por instituciones e instrumentos jurídicos nacionales e internacionales y es ahí donde se encuentra una de las tareas del promotor de la salud para servir como puente para hacer efectivos estos instrumentos. En el caso de México su principal instrumento es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), dentro de este se encuentra plasmado el derecho a la salud, en el artículo 4º, el cual dice 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 [...]” (CPEUM, citado por Barajas, 2006).

Sin embargo este derecho es reconocido en distintos instrumentos internacionales, por ejemplo; en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que “[...] *toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios [...]”*. En el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) se menciona que los Estados Partes reconocen *“el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*; pacto que ya ha sido firmado por México y por lo tanto tiene la obligación de garantizar este y otros derechos.

A partir de lo dicho en los diferentes instrumentos jurídicos podemos observar que el derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de ellos, en particular al derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, al acceso a la información, por mencionar algunos; estos y otros derechos formar parte de los componentes integrales del derecho a la salud (ONU, 2004).

En la OG/14 realizada por la comisión de derechos económicos sociales y culturales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se menciona que para que se pueda hacer efectivo el derecho a la salud entendido solo como la prestación de servicios de salud deben de existir los siguientes elementos esenciales como la disponibilidad²⁹, accesibilidad³⁰, aceptabilidad³¹ y calidad³² en

²⁹ Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.

³⁰ Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte.

³¹ Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

³² Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre

los establecimientos, bienes y servicios de salud. Si alguno de los elementos esenciales es violado se puede realizar una exigibilidad jurídica la cual es comprendida como la capacidad de los particulares o de las instituciones de gobierno de acudir al Estado por causas de violaciones al goce y ejercicio de los derechos (Baraja, 2006).

Ya que el Estado es el encargado de garantizar la satisfacción de los derechos humanos partimos de esta categoría para explicar las transformaciones del sistema de salud público y asistencial mexicano a través de las reformas en salud, por lo que es necesario realizar una revisión general del concepto de Estado y sus diferentes acepciones, ya que la forma de conceptualizar esta categoría indica que tan importante es en los cambios y en la elaboración e implementación de políticas sociales, dentro de las cuales, por supuesto, se ubican las políticas de salud (López, Ortiz, & Rosales, 2001).

[...] el concepto de Estado es relevante por el papel que históricamente ha desempeñado en la constitución de nuestras sociedades y en las características de las prácticas en salud. No obstante a las diversas interpretaciones sobre el Estado, interesa establecer un punto de vista que se asocia a una corriente de interpretación en torno a los objetivos de la gestión pública y social de Estado capitalista moderno y que se asocian a dos modelos: el benefactor y el neoliberal [...](Tetelboin C., 1997)

El concepto de Estado históricamente ha sido motivo de discusión, por ejemplo; en el liberalismo clásico se postuló el origen del Estado moderno; su origen en la necesidad de controlar el poder y en consecuencia, generar leyes que eviten el caos social e impidan los abusos que genera el poder. En esta perspectiva prevalece una noción del Estado como una instancia necesaria, neutral y garante del orden. Dentro del marxismo también se muestra al Estado como necesario, pero para el interés de clases con el mayor poder económico. La diferencia con el liberalismo radica entonces en que el Estado, desde una perspectiva marxista, no

otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

es una instancia neutral y en sus posiciones más radicales, es un instrumento de la clase en el poder (Granados, Tetelboin, & Torres, 2006), que impone a través de las negociaciones y del juego de los mega capitales de los actores sociales formas de realizar la gestión pública.

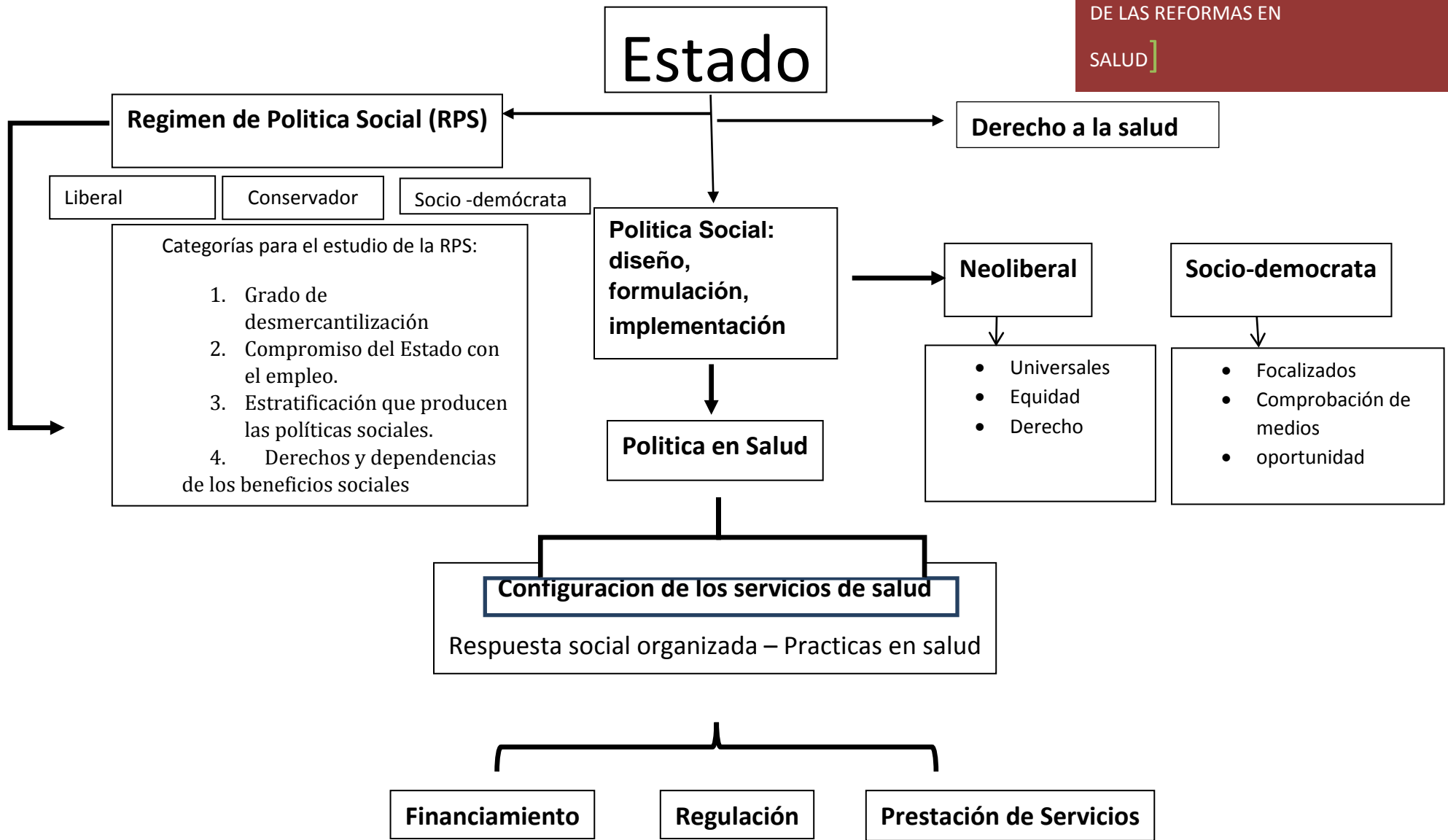
En la actualidad se ha llegado a considerar al Estado, como un espacio institucional, una arena de conflicto político, donde los intereses contradictorios luchan por prevalecer y son dirimidas las cuestiones sociales problematizadas (López, Ortiz, & Rosales, 2001; Laurell, 1999). Por otra parte Frenk (2003), desde una perspectiva tradicional, ha establecido que el Estado se ha convertido en el mediador colectivo fundamental, como una organización política total de una sociedad; el cual participa en la atención a la salud mediante tres mecanismos o principios de acceso: regulación³³, financiamiento³⁴ y prestación directa de servicios³⁵, los cuales se abordaran más adelante [es importante mencionar que esta definición reduce el papel mínimo que debe de cumplir el Estado, en cuanto a la satisfacción del derecho a la salud]. La diferencia entre el marxismo y el estructural funcionalista, por lo tanto, es que el primero define al Estado como un aparato de represión y dominio de una clase a otra y en el segundo se conceptualiza como una organización de ayuda y administración que beneficia a toda la sociedad (Gallo M., 1996).

³³ Diseño y monitoreo de las reglas de funcionamiento de todos los actores involucrados en la atención a la salud.

³⁴Proceso a través del cual se recolectan los recursos de fuentes primarias y secundarias, los cuales se acumulan en fondos y se distribuyen en actividades dirigidas a atender necesidades en salud.

³⁵ Combinación de insumos en un proceso de producción que se lleva a cabo en un contexto organizacional particular y que lleva a la generación de una serie de intervenciones.

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión de fuentes secundarias.



Para el estudio de los sistemas de salud, se puede comprender y abordar este concepto desde diferentes perspectivas, sin embargo para fines de esta investigación se conceptualiza al Estado como un espacio donde se juegan los intereses en un campo de interacción, el cual según Bourdieu [*...*] *un campo de interacción es un espacio de posiciones, donde los individuos se sitúan en ciertas posiciones sociales y siguen ciertas trayectorias. Tales posiciones y trayectorias están determinadas por diversos tipos de recursos o capitales*³⁶[*...*]” (Thompson, 1998).

La forma de concebir al Estado nos permite comprender como son constituidas las políticas sociales. El estudio de las políticas sociales constituye una importante vía para analizar la relación del Estado-sociedad, en la medida en que tales políticas son sucesivas formas de posición del poder frente a cuestiones socialmente problematizadas. La política social ha sido entendida como una toma de posición del Estado frente a los diversos problemas sociales en función del juego de intereses en pugna, por lo tanto la política de salud, se considera como un “espacio” donde se definen, articulan y resuelven las necesidades de salud bajo formas que expresan intereses cambiantes frecuentemente contradictorios (Tetelboin C. , 1997). Por otro lado, desde la perspectiva tradicional, las políticas sociales y de salud se definen como un conjunto de acciones que permiten resolver un problema público. No hay en esta definición las nociones de conflicto, negociación y contradicción.

Para comprender una política social y en específico la política en salud es necesario comprender el concepto de Régimen de Política Social (RPS), propuesto por Esping-Andersen en 1990. Esta categoría conceptual permite caracterizar distintos modos de producir el bienestar social en las sociedades capitalistas. Los diversos regímenes de política social expresan determinadas

³⁶ Se pueden distinguir tres tipos de capitales : el capital económico, que incluye la propiedad, la riqueza y los bienes financieros; el capital cultural, que incluye el conocimiento las habilidades y los diversos créditos educativos; y el capital simbólico, que incluye los elogios de prestigio y el reconocimiento acumulados que se asocian con una persona o una posición.

relaciones de fuerza entre las clases y tienen su origen en distintos proyectos políticos; se constituye así, desde el ámbito de lo político y representan diferentes soluciones históricas a las satisfacciones de las necesidades sociales (Laurell, 1999; López, Ortiz, & Rosales, 2001). Para el autor estos regímenes “se distinguen entre sí de acuerdo con la distribución de responsabilidades sociales entre el Estado, el mercado y la familia [los que constituyen la “tríada del bienestar”]” (Andersen, 1990; Sukel, 2007).

Para este autor deben considerarse cuatro dimensiones para caracterizar un régimen de política social: 1) el grado de desmercantilización de los beneficios-servicios sociales, 2) el grado de compromiso estatal con el pleno empleo o Gestión de la fuerza de trabajo, 3) el tipo de estratificación social generada y 4) Derechos y dependencias de los beneficios sociales (Cuadro 1).

El grado de desmercantilización consiste en que el sujeto en el modo de producción capitalista, es un trabajador sin medios de producción, es decir un medio más en el proceso de trabajo, considerado como una mercancía. Por lo tanto la sobrevivencia de los trabajadores se sujeta a la venta de su fuerza de trabajo, su bienestar depende de la relación mercantil establecida entre él y el dueño de los medios de producción; esto supone una mercantilización de las personas (Granados, Tetelboin, & Torres, 2006).

El nivel de compromiso del Estado con el pleno empleo o gestión de la fuerza de trabajo constituye un aspecto determinante de la política social, ya que el empleo y el salario son los medios regulares para acceder al consumo y a los servicios-beneficios en las sociedades capitalistas. Es importante subrayar que cada RPS da origen a una estratificación social específica. En este sentido, no se trata de un mero sistema de (re) distribución del ingreso y de los servicios-beneficios sociales si no que estructura, además, determinadas relaciones entre distintos grupos sociales pero sin cambiar la matriz básica de la sociedad (Laurell, 1999).

Cuadro 1. Modelos de regímenes de política social.

Modelo de política social	Desmercantilización	Derechos y dependencia de los beneficiarios	Gestión de la fuerza de trabajo	Efecto de estratificación
Asistencialista (<i>liberal</i> o residual)	Limitada	-Derechos mínimos -los beneficios se otorgan en función de la comprobación de la necesidad.	No hay compromiso estatal con su gestión	-Estigmatiza a los beneficiarios. -Promueve dualismos sociales (Ricos Vs pobres)
Previsionista (corporativista o <i>conservador</i> corporativista)	Mayor(aunque no asegura automáticamente la desmercantilización)	-se otorga en conjunto particular de derechos según el estrato social y están vinculados a la previsión de riesgos. -los beneficios dependen de las contribuciones a fondos colectivos públicos solidarios.	Mayor intervención estatal en la oferta y demanda. En muchos casos el Estado promueve y genera empleo	-Consolida las divisiones entre los asalariados al aplicar programas distintos para grupos diferenciados en términos de clase social.
Universalista (<i>sociodemocrata</i> o de beneficio a los ciudadanos)	Alta	-Derechos amplios e idénticos para todos los ciudadanos. -Los beneficios son independientes de las contribuciones, se otorgan beneficios básicos e iguales para todos los ciudadanos.	Regulación de la oferta y demanda.	-Promueve igualdad de status.

Fuente. Granados, Arturo, Carolina Tetelboin y Alberto Torres. «Salud y seguridad social en México. Redefiniciones en la política sanitaria e impacto en la provisión de servicios.» OPS, y otros. ¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? México: UAM-X, 2006. 76-96.

Una vez explicado cuáles son las categorías para el estudio del RPS, se explica a detalle las características de cada régimen ya que permite analizar el RPS que se ha implementado en México a través de las reformas al sector salud.

El RPS liberal o asistencialista [es el antecedente de las políticas neoliberal] muestra que el grado de desmercantilización de los beneficios- servicios sociales es limitado; tiene condicionamientos laborales o económicos de acceso a ellos, incluyendo el requisito de comprobar la indigencia para acceder a los servicios asistenciales proporcionados por el Estado; la regulación del empleo y el salario son a través del mercado y no hay compromiso del Estado con su gestión; existe una estratificación social marcada por escasos vínculos socialitarios entre ciudadanos y entre grupos, promoviendo dualismo sociales (Andersen, 1990; Laurell, 1999; Granados, Tetelboin, & Torres, 2006). (Cuadro 1)

La política social neoliberal tiene las mismas características, pero es más individualista, anti solidaria y anti estatista. Tiene como premisa implícita que el mercado es el mejor asignador de recursos para generar el crecimiento económico y el bienestar social. Esto quiere decir, que el bienestar social es una responsabilidad individual que pertenece al ámbito de lo privado. Por tanto, la satisfacción de las necesidades sociales debe resolverse en la familia o en el mercado. Bajo esta concepción, el Estado solo debe ofrecer aquellos servicios o beneficios que los privados no quieren o no pueden producir. De ahí se desprende una política social que busca transferir la mayor parte los servicios-beneficios al mercado y que reduce la acción estatal a la producción de los bienes “públicos”, en sentido restringido y a proporcionar un mínimo de servicios a los comprobadamente pobres (Laurell, 1999; López, Ortiz, & Rosales, 2001; Sukel, 2007). Es decir son políticas focalizadas, a determinados grupos sociales, los cuales tienen que determinar o comprobar sus necesidades, para poder tener acceso a ellas como una oportunidad.

El RPS conservador o prevencionista; se caracteriza por tener mayor grado de desmercantilización; protege individualmente a los trabajadores, y el Estado interviene en la oferta-demanda del empleo. El régimen conservador se estructura a partir de sistemas de seguro social vinculados al empleo, el Estado tiene un rol mínimo de intervención a través de la política social que está limitado a quienes no logran obtener el bienestar a través del mercado. En síntesis, este régimen se caracteriza por el rol central de la familia, el carácter marginal del mercado y la acción subsidiaria del Estado en la provisión social. En este aspecto, el régimen conservador se distingue porque es explícitamente 'familista' en el sentido de que, asegurado el ingreso, supone que la familia puede hacerse cargo de la mayoría de las funciones relacionadas con el bienestar (Andersen, 1990; Granados, Tetelboin, & Torres, 2006; Sukel, 2007).

De acuerdo con Esping-Andersen, el régimen de bienestar sociodemócrata considera que los sistemas privados de bienestar social se caracterizan por una alta desigualdad, por lo que buscan sustituirlos por un régimen de protección pública integral. Este régimen promueve políticas sociales de cobertura universal de los ciudadanos, tiene un amplio abastecimiento de servicios sociales y de manera equitativa con tendencia al igualitarismo con base en la ciudadanía (en vez de la demostración de necesidades o la dependencia en la relación laboral), se consideran las necesidades sociales como un derecho. En este régimen el encargado de satisfacer las necesidades sociales es el Estado, por lo tanto presenta el grado máximo de desmercantilización (Sukel, 2007; Granados, Tetelboin, & Torres, 2006).

A partir de cada RPS adoptado, se configuran los servicios de salud o sistema de salud en cada país; por lo que es importante conocer cómo se conceptualiza desde las perspectivas analizadas para fines de esta investigación. Desde la perspectiva tradicional, la configuración de los servicios de salud o el sistema de salud puede ser vista, en sentido abstracto, como el vehículo de la respuesta social organizada a las condiciones de salud de una población (Frenk, 2003).

Partiendo de esta definición es importante comprender la estructura de los sistemas de salud, ya que de ellos depende la forma en la que se definen las necesidades, se produzcan los servicios y se movilicen los recursos.

Los sistemas de salud implican una interacción entre los prestadores de servicios y la población, sin embargo esta relación no es directa, sino que es mediada por un actor colectivo, el Estado; este participa en la atención a la salud mediante tres mecanismos principales o grado de control: regulación, financiamiento y prestación directa de servicios.

[“...] La regulación es sólo uno de tres mecanismos que el Estado tiene a su disposición para intervenir en la atención a la salud. Además, el Estado puede comprometerse en el financiamiento de servicios producidos por contratistas privados. En este caso, el Estado es un comprador en el mercado de los servicios de salud. En otras ocasiones, el Estado puede asumir la propiedad directa de las instalaciones para la atención de la salud, de modo que los prestadores individuales son empleados públicos. Cuando el Estado participa directamente en la prestación de servicios también lo hace en el financiamiento y en la regulación. En forma semejante, si un Estado financia los servicios también participa en su regulación. Cuando se limita a regular el mercado, entonces el financiamiento y la prestación quedan ambos a cargo de agentes privados [...]” (Frenk, 2003) (Cuadro 2)

El grado de control representa la forma principal en que el Estado se relaciona con los prestadores de servicios. La regulación, el financiamiento y la prestación se pueden aplicar a diferentes grupos, según los principios que regulan su acceso a los servicios [la relación del Estado con la población y sus organizaciones se da a través de los principios que el propio Estado establece para regular el acceso de distintos grupos a los servicios de salud]. Frenk (2003) establece cuatro principios de acceso: el poder de compra, que simplemente considera la atención de la salud como un elemento más de la economía de mercado, el único mecanismo para regular el acceso es el precio; la pobreza, considerada la plataforma de la asistencia pública y retomada por el Estado para brindar algunos servicios a

quienes carecen de medios para adquirirlos; la prioridad socialmente percibida, que se centra en la seguridad social y que permite a ciertos grupos definidos como estratégicos hacer contribuciones financieras para adquirir un derecho efectivo a servicios de salud y otras prestaciones; finalmente, la ciudadanía, que implica el acceso universal al definir a la atención de la salud como un derecho social de todos los habitantes.

Al relacionar el grado de control con los principios de acceso, generan modalidades de organización de los sistemas de salud de cada país. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Modalidades de organización de los sistemas de salud.

<u>Grado de control</u>	<u>Principio de Acceso</u>			
	<u>Poder de compra</u>	<u>Pobreza</u>	<u>Prioridad socialmente percibida</u>	<u>Ciudadanía</u>
<u>Regulación</u>	<u>Estado</u>	<u>Estado/Beneficencia privada</u>	<u>Estado/Servicios de Empresa</u>	<u>Estado/Seguro Social</u>
<u>Financiamiento</u>	<u>Seguros Privados, de bolsillo</u>	<u>Estado</u>	<u>Estado/Seguro Incipiente</u>	<u>Estado/Seguro Nacional /</u>
<u>Prestación de Servicios de Salud</u>	<u>Atención Privada</u>	<u>Estado/Asistencia Pública</u>	<u>Seguridad Social</u>	<u>Servicio Nacional de Salud</u>

Fuente: Frenk, J. (2003). La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. México: FCE, SEP, CONACYT.

La participación del Estado en el campo de la salud es de suma importancia, no solo como mediador sino también por su carácter normativo, ya que el mercado de los servicios de salud muestra imperfecciones por lo que se le ha considerado

como un mercado "perfectamente imperfecto". La más importante de esas imperfecciones se refiere a las asimetrías de información entre los productores y los consumidores, ya que a menudo los pacientes acuden al doctor precisamente para obtener información experta sobre su propia condición. Otra imperfección es la incertidumbre, ya que muchas necesidades de salud ocurren con tan poca frecuencia o amenazan a tal grado la vida que hacen muy poco factible obtener información para guiar las decisiones de compra. La tercera imperfección es la ignorancia sobre los aspectos técnicos de la atención a la salud, deja la mayor parte de las decisiones sobre la utilización de servicios en manos del proveedor, dando así lugar a lo que en economía se llama "demanda inducida por la oferta". Otra importante imperfección del mercado es que genera grandes externalidades, por ejemplo con la vacunación no solo beneficia a una persona, sino que a toda la población, al erradicar las enfermedades transmisibles. Partiendo de esta imperfección se genera otra, al considerar la salud individual como un valor social, esta representa un insumo para el desarrollo económico de un país.

El debate actual sobre qué servicios se deben o no dejar a cargo del Estado, la familia o el mercado tiene que ver con esta idea de las imperfecciones del mercado, sin embargo, si se concibe la necesidad de salud como un derecho, no se debería pensar en dichas imperfecciones y el Estado tendría que hacerse responsable de la satisfacciones de este derecho inherente a otros derechos como el del trabajo, la alimentación, la educación y vivienda.

Desde una perspectiva crítica, la falta de compromiso del Estado para satisfacer derechos así como la configuración de los servicios de salud se abordan conceptualmente a partir de dos categorías centrales: la práctica médica y los procesos políticos ideológicos. Tetelboin (1997) nos menciona que *[“...】 la práctica médica se entiende como un espacio teórico referido al conjunto de respuestas sociales -no solo las médicas- a los procesos de salud/enfermedad de una sociedad, espacio diferenciado y la vez heterogéneo en el cual se establecen relaciones de hegemonía/subordinación entre las prácticas y los modelos que la*

integran y los sujetos en ellas involucrados. Lo político-ideológico a su vez, determina estas prácticas [...].

En cuanto a sus determinaciones Donnangelo (1976) nos dice que hay una determinación económica, política y cultural de la práctica médica: la determinación económica consiste en la necesidad de la reproducción de la fuerza laboral para producir el capital, sus dos vertientes son producción de fuerza laboral y el consumo de bienes y servicios; la determinación política surge por la necesidad de resolver los conflictos sociales y políticos a través de las políticas públicas, por ejemplo con los servicios de salud y por último la determinación cultural, explica cómo el discurso médico trata de normalizar y normatizar las conductas de la clase subordinada a través de las prácticas médicas e intenta la estructuración simbólica de las representaciones de salud-enfermedad. Construye una red sobre la vida privada de los sujetos por el mantenimiento del estado de las cosas, por ejemplo a través de la medicalización, comprendida como el fenómeno en el que la existencia, el comportamiento, la conducta y el cuerpo se ven atravesados por la medicina desde el siglo XVIII (Foucault, 1996).

Es importante comprender como está configurado el sistema de salud, pero si esto no se vincula con las políticas y el Estado, se reduce la forma de explicar y comprender porque se configura el sistema de salud de esta manera. Si queremos comprender la configuración de los servicios de salud, no solo se tiene que estudiar las funciones, sino también las políticas y cómo funciona el Estado mexicano desde una perspectiva crítica.

Tomando en cuenta que Frenk (2003) reconoce que *[“...] La salud tiene múltiples determinantes, entre ellos se encuentran los servicios, los cuales están, a su vez, determinados por varios de los procesos sociales más amplios que afectan las condiciones de salud. Dentro de esta intrincada red de influencias recíprocas, la calidad de los servicios tiene un efecto propio sobre los niveles de salud [...]*. Sin embargo, hay que enfatizar que aunque lo reconoce privilegia la estructura y las

funciones de los servicios de salud por lo que, en esta investigación, se retoma a la perspectiva crítica ya que ésta vincula los servicios de salud con los conceptos de política y Estado lo que permite explicar su determinación sociohistórica, es decir, para analizar los resultados sobre la transformación de los servicios de salud en un espacio geográfico específico, es importante estudiar el contexto económico, político y cultural/ideológico, en el cual se desarrollaron las reformas y políticas en salud del sistema de salud público y asistencial mexicano.

Para fines de esta investigación, las reformas a la salud son entendidas como un tipo específico de política, en un momento determinado de la fase actual del capitalismo, destinadas a mercantilizar los sistemas de salud, las cuales ocurren desde el Estado, sobre el conjunto de las instituciones (Tetelboin C. , 2007). En México y en otros países de América Latina las reformas en salud han sido encaminadas hacia el modelo de Pluralismo Estructurado, modelo promovido a mediados de los noventa, por el médico salubrista mexicano Julio Frenk, en ese entonces miembro de la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud), y por el economista y ex ministro de salud colombiano Juan Luis Londoño, vinculado en esos años con BM (Uribe & Abrantes, 2013).

En este modelo se establece que hay pluralidad en las instituciones que otorgan los servicios de salud, pero están estructuradas a partir del financiamiento, es decir, esta propuesta consiste en invertir el sentido de la matriz. En lugar de la integración vertical con separación de los grupos sociales; la población estaría integrada de manera horizontal; y la asignación de funciones sería explícita y especializada. En otras palabras, el sistema de salud ya no estaría organizado por grupos sociales, sino por funciones, de regulación, financiamiento y prestación de servicios. Según esta propuesta, el Estado debe ser el responsable de la rectoría y modulación del sistema de salud; mientras que el aseguramiento y la prestación de servicios debe estar a cargo de distintas entidades públicas y privadas que

actuaran en un marco de competencia gerenciada³⁷ (Uribe & Abrantes, 2013; López & Blanco, 2007; Londoño & Frenk, 1997). Este modelo ha comenzado a tener efecto en el sistema de salud mexicano a partir de la implementación del SPSS cuyo brazo operativo es el SP. Con estos antecedentes se parte para realizar una lectura analítica de documentos obtenidos de fuentes secundarias para dar respuesta a la pregunta de investigación.

³⁷Impulsada por los Estados Unidos de Norteamérica, la cual ha formado parte de la mayoría de la agendas de reforma sanitaria en los noventas en Latinoamérica, se compite entre las instituciones generando mercados internos y estas son gerenciada o reguladas.

Capítulo 4. Resultados y análisis.

Reformas o políticas impulsadas durante el gobierno de Vicente Fox Quesada (2000-2006)

Durante el sexenio del presidente Vicente Fox (2000-2006) las modificaciones introducidas en el manejo de la política social se centró en la puesta en marcha del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuyo brazo operativo es el Seguro Popular (SP) como vía para acceder a los servicios de salud asistenciales. A partir del año 2000 se realizaron intentos para reorganizar el SNS, mediante la reforma a la Ley General de Salud (LGS) la cual creó el SPSS. Esta modificación propuso, alcanzar la cobertura universal por medio de intervenciones. También se propuso disminuir el gasto de bolsillo en salud con la creación de un sistema de incentivos que permitiría subsidiar la demanda en vez de la oferta como lo había hecho hasta entonces la SSA (López & Blanco, 2007). Sin embargo, esta reforma ha llevado un proceso desde el inicio de la reforma de salud en 1995 ya mencionado en el marco referencial, con estas reformas el gobierno ha intentado transitar de un modelo de separación entre pagadores y proveedores con competencia de mercados internos (Laurell C. , 2013). Durante este año el Partido Revolucionario Institucional (PRI), que había gobernado el país durante setenta años, fue reemplazado en el poder mediante elecciones, creando fuertes expectativas de cambio, especialmente en determinados aspectos políticos, incluidos los referidos al Sector Salud (Menéndez, 2005). El proceso de aprobación de la Ley se apoyó en dos elementos básicos. Por un lado el secretario de salud en ese sexenio, Julio Frenk, logró un apoyo presidencial importante y por el otro convenciendo a los gobernadores prometiéndoles nuevos recursos financieros para sus desfinanciados SES. Este procedimiento marcó la reforma desde su inició y puso la pauta de una alta politización (Laurell C. , 2013).

Es importante mencionar que esta reforma fue impulsada bajo el modelo de pluralismo estructurado, creado por Frenk y Londoño; el sistema de salud ya no

estaría organizado por grupos sociales, sino por funciones, de regulación, financiamiento y prestación de servicios. Según esta propuesta, el Estado debe ser el responsable de la rectoría y modulación del sistema de salud; mientras que el aseguramiento y la prestación de servicios deben estar a cargo de distintas entidades públicas y privadas que actuaran en un marco de competencia gerenciada (Uribe & Abrantes, 2013).

En el año 2001 con el Plan Nacional de Salud (2001-2006), conocido como “La democratización de la salud en México”, incorporó los aspectos más relevantes del modelo de la reforma que se inició desde los años ochenta a partir de la descentralización. Este documento contenía la propuesta de la creación del SPSS, y su componente operativo. En este mismo año, la SSA propuso el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) que enfatizó los aspectos gerenciales y administrativos para flexibilizar la operación de los servicios de salud a través de organismos públicos descentralizados y facilitar la subrogación y la articulación de diversos prestadores de servicios (privados, sociales y públicos) (López & Blanco, 2007). El SP tuvo como antecedente un Plan piloto implementado en cinco estados de la república: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco. En el año 2002 se inicia la implementación del “aseguramiento voluntario para población sin seguridad social”; hubo resistencia a esta reforma a cargo del partido de izquierda, Partido de la Revolución Democrática (PRD). Este partido mantuvo su postura crítica frente a la propuesta del Ejecutivo. Una de las muestras de resistencia al modelo de salud oficial se evidenció cuando el gobierno de Andrés Manuel López Obrador se negó a implementar el SP en el Distrito Federal y operó en el contexto de fortalecimiento de los prestadores públicos, implementando el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (SMMG), contradiciendo los paquetes básicos de aseguramiento impulsados por el SP y oponiéndose a insertar al sector privado en la prestación de los servicios de salud. Otro actor social en oponerse fue la entonces secretaria de Salud del D.F. Cristina Laurell, ante el Consejo de Salubridad (Uribe & Abrantes, 2013).

Estos programas el del SP y el del SMMG, representaban dos alternativas diferentes de políticas sociales y de salud, en el sistema de salud mexicano. El SP buscaba la incorporación de parámetros de costo-eficiencia y de competencia de mercado en el manejo de los recursos y prestación de servicios, mientras el SMMG proponía la gratuidad de los servicios y el fortalecimiento del liderazgo del Estado en el manejo del sector (Laurell C. , 2013; Uribe & Abrantes, 2013).

Con respecto al año 2002 se lanza una nueva estrategia denominado CONTIGO para la superación de la pobreza, la cual integró alrededor de 16 programas; la mayoría de ellos ya habían sido creados durante las administraciones anteriores y los que se fueron elaborando en este sexenio (Abitat, Microrregiones, Zona de Alta Marginación y Desarrollo de Comunidades Indígenas) tuvieron una participación muy baja para la superación de la pobreza. De estos fondos solo Oportunidades y el Fondo de Apoyo para la Infraestructura Social ejercían la mitad de los recursos sociales (Ordóñez, 2008). Durante este año México atravesaba por una crisis económica y la población en condición de pobreza, medida con el método integrado de medición de pobreza, pasa de 79 millones 167 mil, a 85 millones 156 mil personas pobres, a expensas fundamentalmente del crecimiento de la pobreza urbana y entre 1990-99 y 2000-05 de acuerdo a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) , México y Haití son los únicos dos países de América Latina y el Caribe donde el salario mínimo real urbano decrece en ambos periodos (López & Blanco, 2007).

En abril del 2003 se modificó la LGS a la que se le agrego un capítulo sobre el SPSS, que plantea la reestructuración de los fondos del sistema público, bajo un discurso de equidad y protección financiera. En los hechos, el SP se convierte en el instrumento operativo del Sistema de Protección Social en Salud propuesto por el poder ejecutivo para el sexenio 2000-2006 (López & Blanco, 2007; Laurell C. , 2013). El Congreso reformuló la propuesta del Ejecutivo de modificaciones a la LGS, excluyendo a los prestadores privados de servicios de salud para que pasara. Sin embargo, éstos fueron reintroducidos indirectamente en el

Reglamento de la Ley que no necesita la aprobación del Congreso. Igualmente, en la Ley modificada se ocultó la separación entre las funciones de administrar fondos, comprar servicios y de prestar servicios para que pareciera que los recursos nuevos irían directamente a los SES cuando en realidad se introdujo una nueva instancia financiadora estatal, autónoma o dependiente del gobernador, el Régimen de Protección Social en Salud (REPSS) con un fuerte vínculo con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) (Laurell C. , 1997). Esta reforma se aprobó con 94% del voto en favor en el Senado y 73% en la Cámara de Diputados. Con la meta de que para 2010 cubriría a la totalidad de la población (Ortiz, 2006).

El 1° de Enero del 2004 comenzó a operar el SPSS, establecido como un sistema de aseguramiento, voluntario y excluyente de la seguridad social laboral. El planeaba dejar a la SSA como la instancia de planeación, coordinación y regulación del sistema de salud, quitándole la administración del financiamiento y la operación de los servicios. Las instancias básicas del SPSS serían la CNPSS y los REPSS. Este sistema no cuenta con servicios propios y los SES descentralizados deben prestar los servicios. La CNPSS y los REPSS son organismos desconcentrados de nueva creación para la administración de fondos y compra de servicios. La CNPSS dirige el sistema, toma las decisiones sustantivas y compra los servicios de gasto catastrófico mientras que los REPSS operan el Seguro Popular y su paquete de servicios básicos en su estado. El modelo del SP es el de compra-venta competitiva de servicios entre CNPSS-RESSS y los hospitales y centros de salud de los SES, eventualmente con hospitales de seguridad social y privados (Laurell & Ronquillo, 2010).

El paquete del SP empezó a ser conocido como Catálogo Esencial de Servicios (CASES) y ampliado a 91 intervenciones. El SP es financiado a partir de una modalidad tripartita con una aportación federal de 80%; procedente del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA, Ramo 33), que financia la mayor parte de las actividades de salud de las entidades federativas, la otra

aportación son contribuciones estatales y una aportación de los hogares (Uribe & Abrantes, 2013). Los servicios esenciales se financian con recursos que se concentran en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSP), mientras que los servicios de alto costo lo hacen a través de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)³⁸ (Tamez & Eibenschutz, 2008). Este fondo cubre un paquete de servicios definidos por medio de un análisis de costo-efectividad que supuestamente será puesto al día cada año con base en los cambios del perfil epidemiológico, el desarrollo tecnológico y la disponibilidad de recursos.

En el año 2005 el GDF aceptó la inclusión del SP a pesar de sus diferencias, debido a que en el 2006 se llevarían a cabo elecciones presidenciales en las que el entonces Jefe de Gobierno del DF (Andrés Manuel López Obrador), se lanzaría a la candidatura presidencial, en este año el SP tenía presencia en las 32 entidades federativas y el CASES aumentó a 115 intervenciones, en el 2006 se modificó este catálogo como Catálogo Universal de Servicios (CAUSES); la SSA sostenía que el CAUSES cubría el 100% de las intervenciones del primer nivel de atención y el 95% de las del segundo. El SP cubre cinco intervenciones de "gasto catastrófico" y 18 intervenciones complejas para niños. No están incluidas lesiones o padecimientos como: politraumatismos, infarto del miocardio y cánceres, con excepción del cérvico-uterino, mama y cánceres en niños. Laurell (2013) menciona que el gran inconveniente de definir intervenciones en vez de problemas de salud es que se rompe la continuidad del proceso de atención, y que la baja cobertura de atenciones complejas y el hecho de que las intervenciones que no están incluidas en el CAUSES deben ser pagadas por el usuario, significan que sigue habiendo un obstáculo que no tienen la población que cuenta con seguridad social, la cual incluye prácticamente toda la atención de la salud.

³⁸ Los servicios esenciales se financian con recursos que se concentran en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSP), mientras que los servicios de alto costo lo hacen a través de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Este fondo cubre un paquete de servicios definidos por medio de un análisis de costo-efectividad que, supuestamente, será puesto al día cada año con base en los cambios del perfil epidemiológico, el desarrollo tecnológico y la disponibilidad de recursos.

Es importante mencionar que en año 2002 el Gobierno Federal presentó la necesidad de aplicar el impuesto del valor agregado (IVA) a alimentos y medicinas para lograr el financiamiento del SP, la cual fue rechazada por la Cámara de Diputados. Esto dio lugar a disputas políticas que concluyeron en el rechazo del Poder Legislativo a aprobar el presupuesto por el Poder Ejecutivo, lo que condujo al Ejecutivo a asignar directamente un presupuesto de ocho mil millones de pesos para asegurar la implementación del SP en el año 2005. Todo indica que dicho financiamiento se obtuvo de los ingresos obtenidos por la venta de petróleo en el 2004 y especialmente en el 2005, ya que el precio del crudo mexicano se mantuvo a precios altos durante ese lapso e incluso casi duplicó su precio en el mercado en algunos meses de ese mismo año (Menéndez, 2005).

En el año 2006 Vicente Fox Quesada dejó la presidencia en manos de otro miembro de su partido político.

Tabla 4: Serie histórica de reformas y políticas de salud en México de 2000-2014

Año	Presidente	Reforma o política de salud	Contexto social	Condiciones de salud
2000-2006	Vicente Fox Quesada	A partir del año 2000 se hicieron nuevos intentos para reorganizar el Sistema Nacional de Salud bajo la propuesta de alcanzar la cobertura universal,	Se presentaron cambios políticos, el PRI había perdido la presidencia y la mayoría en el Congreso, Vicente Fox candidato del Partido de Acción Nacional (PAN), había sido elegido presidente. Julio Frenk fue el artífice y promotor del SP cuando estuvo a cargo de la SSA entre 2000 y 2006.	Perfil patológico polarizado con una tendencia a enfermedades crónico-degenerativas
2001		El Plan Nacional de Salud (2001-2006), conocido como La democratización de la salud en México,	El PIB apenas creció a una tasa promedio anual de 3.3.	

		<p>incorporó los aspectos más relevantes del modelo de reforma que prosperaba desde los años ochenta. Este documento contenía la propuesta de creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuyo componente operativo sería el Seguro Popular (SP).</p> <p>La SSA propone el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS)</p> <p>El gobierno de Andrés Manuel López Obrador se negó a implementar el SP en el DF. Se instauro el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos</p>	<p>La oposición a esta reforma estuvo encabezada por el partido de izquierda, PRD</p> <p>El gobierno de Andrés Manuel López Obrador se negó a implementar el SP en el DF.</p> <p>Cristina Laurell, entonces secretaria de Salud del D.F., fue de las pocas en oponerse al SP en el Consejo de Salubridad.</p>	
2002		<p>Se lanza una nueva estrategia para superación de la pobreza denominada CONTIGO.</p>	<p>Crisis económica</p> <p>El PIB apenas creció a una tasa promedio anual de 3.3.</p> <p>Aumenta la pobreza.</p> <p>Se rechaza la propuesta de aumento al IVA a alimentos y medicinas.</p>	
2003		<p>Se modificó en abril de este año la Ley General de Salud (LGS) a la que se le adiciona un capítulo sobre el Sistema de</p>	<p>El PIB apenas creció a una tasa promedio anual de 3.3.</p>	

		Protección Social en Salud,		
2004		<p>El SP constituyó el “brazo Operativo” del Sistema de Protección Social en Salud a partir del 1º de enero de este año.</p> <p>El paquete empezó a ser conocido como Catalogo esencial de servicios (CASES)</p>	<p>El PIB apenas creció a una tasa promedio anual de 3.3.</p> <p>El precio del crudo mexicano se mantuvo a precios altos.</p>	
2005		<p>El gobierno del DF acepto solicitar la inclusión en el SP.</p> <p>El CASES aumenta a 115 intervenciones</p>	<p>El PIB apenas creció a una tasa promedio anual de 3.3.</p> <p>El precio del crudo mexicano se mantuvo a precios altos casi duplicó su precio en el mercado en algunos meses de este año.</p> <p>La aceptación del SP en el DF tuvo como referencia la contienda electoral por la presidencia (2006-2012), en la que el entonces jefe de gobierno de la ciudad de México, Andrés Manuel López Obrador, participó como candidato.</p> <p>A principios del 2005 el SP ya tenía presencia en las 32 entidades federativas.</p>	
2006		<p>El paquete empezó a ser conocido como Catalogo Universal de servicios (CAUSES)</p>	<p>El PIB apenas creció a una tasa promedio anual de 3.3.</p>	

2006-2012	Felipe Calderón Hinojosa	El SP añadió nuevos componentes como el seguro médico para niños nacidos a partir del 2006 y la estrategia “embarazo saludable”	Guerra contra el narcotráfico	Perfil patológico polarizado con una tendencia a enfermedades crónico-degenerativas
2007		Para el 2007, la contratación de servicios con proveedores privados se realiza en algunas entidades, en especial en las zonas.	Para el tercer año de operación del programa, ya existe evidencia de fondos “perdidos”, de transferencias por fuera de los marcos legales. Guerra contra el narcotráfico	
2008		Se lanzó una estrategia denominada VIVIR MEJOR, para garantizar la salud y otros derechos	Elevados precios de petróleo y escasez de alimentos Guerra contra el narcotráfico	
2009			Crisis financiera internacional. El 10 de octubre se decretó la extinción y liquidación de "Luz y Fuerza del Centro" Guerra contra el narcotráfico	
2010		24 entidades contaban con Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS)	La disminución en el gasto de bolsillo en salud, otra de las prioridades de la reforma, tampoco se ha realizado como se esperaba. La Comisión de Hacienda de la Cámara de Diputados aprobó con el respaldo del PRI y PAN el dictamen de reforma a la Ley del Impuesto al Valor Agregado	

			(IVA). Guerra contra el narcotráfico	
2012		El CAUSES se amplió a 284 intervenciones de primero y segundo nivel	PRI ganó las elecciones a la presidencia. Guerra contra el narcotráfico	
2012-2018	Enrique Peña Nieto	Continúa con la puesta en marcha del SP. Planteo la necesidad de considerar la creación de un sistema único de salud. El programa Oportunidades cambio a prospera.		

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión bibliográfica sobre reformas en el sector salud de México de 2000-2014.

Reformas o políticas impulsadas durante el gobierno de Felipe Calderón Hinojosa (2006-2012).

El 1° de Diciembre de 2006 tomó la presidencia Felipe Calderón Hinojosa, a inicios de su gobierno el SP agregó un nuevo componente, propuesto por este nuevo gobierno conocido como Seguro Médico para niños nacidos o Seguro Médico para una Nueva Generación, el cual para muchos autores se ha considerado injusto ya que propuso atender únicamente a los niños nacidos a partir del día que Calderón asumió el poder y se incluirá a las familias de estos niños al SP, lo cual provocó discriminación a millones de niños que nacieron antes de dicha fecha y que no son parte de la Nueva generación propuesta por este gobierno (Ordóñez, 2008). Otra estrategia que impulsó este gobierno fue la de “embarazo saludable” (que busca asegurarla atención médica durante el embarazo y el parto), aspectos que equivalían a otro tipo más de segmentación y a la generación de nuevos problemas de inequidad en salud (Knual, González, Gómez, & Garcia, 2013).

Para el 2007, la contratación de servicios con proveedores privados se realizó en algunas entidades, en especial en las zonas urbanas y para intervenciones hospitalarias realizando compra de medicamentos para uso hospitalario a cadenas privadas de farmacias, que afectó en particular a los servicios quirúrgicos, traumatológicos y de urgencias, por mencionar algunos. Siguiendo la idea de que los prestadores privados pudieran remplazar las carencias de los servicios de salud, sin embargo esto no es correcto, ya que al mercantilizar la salud se tiene impacto con una distribución desigual de los recursos.

Siguiendo esta lógica para este año ya existe evidencia de fondos “perdidos”, de transferencias por fuera de los marcos legales y en algunos casos de franco desvío de financiamiento público, por ejemplo, el informe de la cuenta pública 2005 señaló que la SSA dispuso de 534 millones 922 mil pesos por conducto del FPGC, sin la respectiva comprobación de su uso y destino (López & Blanco, 2007). La deficiencia de este fondo la han tomado como argumento para no dar atención a intervenciones reconocidas por el CAUSES. Oliva López Arellano (2007), basándose en un artículo publicado por el periódico el Universal el 18 de abril del 2007, nos ha dado un ejemplo de esto ya que la SSA suspendió la afiliación de pacientes con insuficiencia renal crónica, que supuestamente serían atendidos con recursos del FPGC con el argumento del alto costo de los tratamientos.

A través del SP y del seguro propuesto por Calderón se pretendió lograr la universalización de la salud en 2010, como un compromiso de una nueva estrategia denominada *Vivir Mejor*³⁹, desarrollada en abril del 2008 que garantizaba la salud y otros derechos (Gobierno-Federal, s.f).

³⁹ Esta estrategia proponía: Ordenar a las políticas públicas en tres acciones principales: continuar desarrollando las capacidades de los mexicanos, en especial de las niñas y niños, garantizándoles acceso a la educación, la salud y una vivienda digna; proporcionar una Red de Protección Social que evite una pérdida catastrófica en las familias más pobres ante la enfermedad o la pérdida del empleo; y facilitar el acceso al empleo formal a todas las personas, fortaleciendo la coordinación entre la política social y la política económica (Gobierno Federal, s.f.:8).

En cuanto al contexto económico, político y cultural/ideológico tanto el gobierno de Fox como el de Calderón se desarrollaron dentro de una crisis internacional económica, que no favoreció el crecimiento de las tasas para un desarrollo económico ya que entre 2001 y 2006, el PIB creció a una tasa promedio anual de 3.3% y de 2007 a 2010 el crecimiento ha sido prácticamente nulo (0.3% en promedio anual). Esto ha tenido consecuencias en 2008 se presentaron condiciones adversas, como los elevados precios del petróleo y a escasas de alimentos, desempleo [El 10 de octubre, el Presidente de México, decreto la final extinción y liquidación de "Luz y Fuerza del Centro"], aumento de los productos básicos que han impactado directamente a la economía de las familias (Ordóñez, 2008).

Tomando como antecedente esta crisis, en el año 2010 la Comisión de Hacienda de la Cámara de Diputados aprobó con el respaldo del PRI y PAN el dictamen de reforma a la Ley del Impuesto al Valor Agregado (IVA) que lleva la tasa a 16% y 11% en la frontera norte desde el 1 de enero de 2010, para aumentar los recursos federales (Economista, 2009). Aunado a esta crisis, con respecto al SP; la disminución en el gasto de bolsillo en salud, (otra de las prioridades de la reforma) tampoco se ha realizado como se esperaba, ya que antes de la reforma éste era de 52% y para 2010 sólo había disminuido al 49%, meta que sólo se ha logrado parcialmente. En el mismo año 24 entidades contaban con REPSS, dependientes de los SES, por lo que no se contaba con autonomía de gestión para manejar los recursos (Knual, Arreola, Méndez, & Bryson, 2007).

En el año 2012 CAUSES se amplió a 284 intervenciones de primero y segundo nivel, por su parte el FPCGC cubriría 17 padecimientos de alto costo y la cobertura, de acuerdo a los promotores de la reforma, en este año el programa había alcanzado la cobertura universal, (al asegurar a 52 millones de mexicanos que no contaban con seguridad social). Sin embargo, estas cifras varían de una fuente a otra (Tamez & Eibenschutz, 2008).

En este año el PRI ganó las elecciones a la presidencia, quedando como presidente de la República Mexicana Enrique Peña Nieto; regresando al poder el partido político que gobernó al país por más de setenta años. En cuanto al gobierno de Felipe Calderón han existido críticas hacia su gobierno y a sus estrategias impulsadas en especial al ordenar a las fuerzas militares ejecutar la política de guerra contra el narcotráfico la cual según José Miguel Vivanco, director para América de *Human Rights Watch* (HRW) resultó “absurda” y “fracasada” ya que no sólo no resolvió el problema, dijo, sino que cobró la vida de 70 mil personas, sin contar las graves violaciones a los derechos humanos perpetradas por soldados (Uribe & Abrantes, 2013).

Reformas o políticas impulsadas durante el gobierno Enrique Peña Nieto (2012-2018)

Durante el gobierno del priista Enrique Peña Nieto, se ha continuado con la propuesta de reorganizar el sistema de salud público, ya que sigue siendo un tema primordial en su agenda pública, continuando con disputas acerca de esta reorganización desde dos perspectivas: quienes defienden el modelo de mercado, o competencia gerenciada y quienes proponen la necesidad de una reforma estructural que resuelva la fragmentación del sistema de salud y garantice el acceso para todos los ciudadanos a partir de criterios de equidad, de acceso efectivo y de la garantía del derecho a la salud, donde en principal satisfactor de necesidades sea el Estado (Knual, González, Gómez, & Garcia, 2013; Laurell C. , 2013; Leal & Gustavo, 2015).

Dentro de los pocos años que lleva este gobierno en el poder se ha planteado la necesidad de crear un Sistema Único de Salud, integrando a todas las instituciones prestadoras de servicios del sector público, incluyendo a la seguridad social y al sector privado, basados en la propuesta de FUNSALUD y Santiago

Levy⁴⁰ para realizar una reforma fiscal que conforme un Fondo Único de Salud que permita financiar el sistema de salud mediante impuestos. Sin embargo aún no se ve claro cuál es la reorientación de sistema de salud mexicano, ya que existen dificultades financieras que no han favorecido esta reforma (Leal & Gustavo, 2015; Laurell C. , 2013; Uribe & Abrantes, 2013).

En el año 2014 el presidente Enrique Peña Nieto, durante su segundo informe de gobierno indicó que el programa de OPORTUNIDADES se transformó en el programa PROSPERA que incluye nuevas alternativas para incorporarse a la vida productiva, con apoyos económicos para educación superior y prioridad al momento de buscar un trabajo, así como una educación financiera de ahorro, crédito y acceso a 15 programas productivos, todo esto para disminuir los índices de pobreza que han prevalecido en el país (El-Universal, 2014).

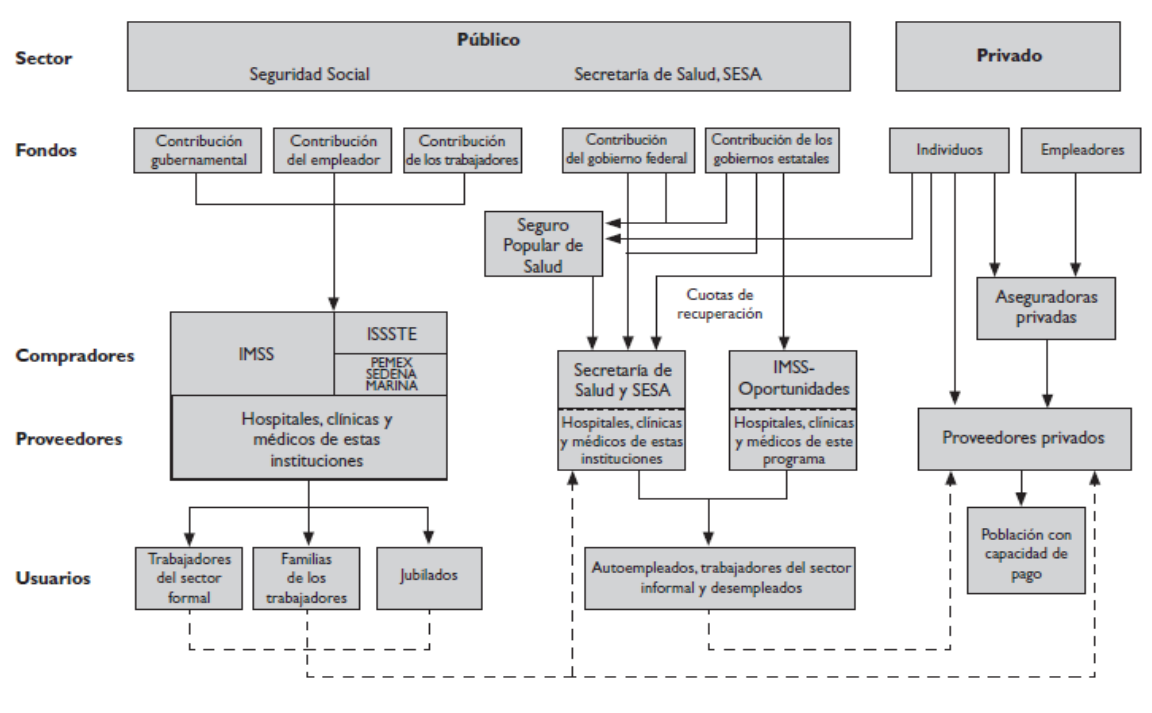
Estructura del Sistema de Salud Mexicano después del Seguro Popular.

El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR)], que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSA), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). El sector privado por lo regular presta servicios a la población con capacidad de pago. El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones

⁴⁰ Santiago Levy introdujo el programa PROGRESA hoy conocido como PROSPERA; se ha desempeñado como director del IMSS en el sexenio de Fox

gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SSA como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). La población que es responsabilidad de la SSA y de los SESA se atiende en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal. El SPS se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SSA y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados). Finalmente, el sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados (Frenk & Gómez, 2008). (Diagrama 2)

Diagrama 2. Sistema de Salud Mexicano después del Seguro popular.

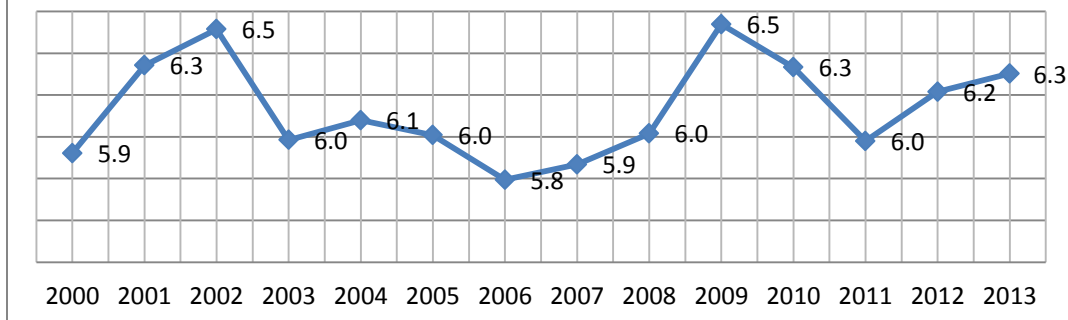


Fuente: Gómez, O, et al... (2011). Sistemas de Salud de México. Salud pública de México, 53 (suplemento 2), 220-232

Recursos financieros

Retomando el primer apartado del marco referencial es importante mencionar que de los países de América Latina y el Caribe, Cuba es el país con mayor porcentaje de gasto total en salud como porcentaje del PIB (11.9), seguido por Argentina (9.6). México se encuentra por debajo del promedio latinoamericano y muy por debajo de lo que invierten a la salud países como Costa Rica (8.2) y Uruguay (7.8). Sin embargo hay países con menor inversión en salud como Perú (4.5) porcentaje que se mantiene casi invariable desde 1995 y Bolivia (5.2) el cual ha tenido un comportamiento muy errático, ya que llegó a alcanzar 6.5% en el 2002 para después descender a 5.2 en el 2008, proceso muy parecido al que atravesó México ya que a partir de la propuesta del SP en el 2000, aumento el gasto total en salud como porcentaje del PIB alcanzando su más alto nivel (6.5) en el 2002 y 2009. En el año 2003 cuando se modificó la Ley General de Salud, la cual aprobaba este proyecto, el porcentaje disminuyó a 6.0; al comenzar el programa en 2004 solo aumento un punto; manteniéndose por debajo de lo alcanzado en el 2000 por seis años, cabe mencionar que en el año 2006, cuando Calderón tomo la presidencia e impulso los programas de seguro médico para niños y la estrategia “embarazo saludable”, este porcentaje disminuyó a 5.8, nivel más bajo a partir del 2000. Este porcentaje fue aumentando hasta alcanzar en el 2009 otra vez su nivel más alto de 6.5; disminuyendo en los dos siguientes años, sin embargo en el 2012 cuando el CAUSES aumento de intervenciones este porcentaje también aumento manteniéndose hasta el 2013 en 6.3 (Grafica 15).

Gráfica 15. Gasto total en salud como % del PIB

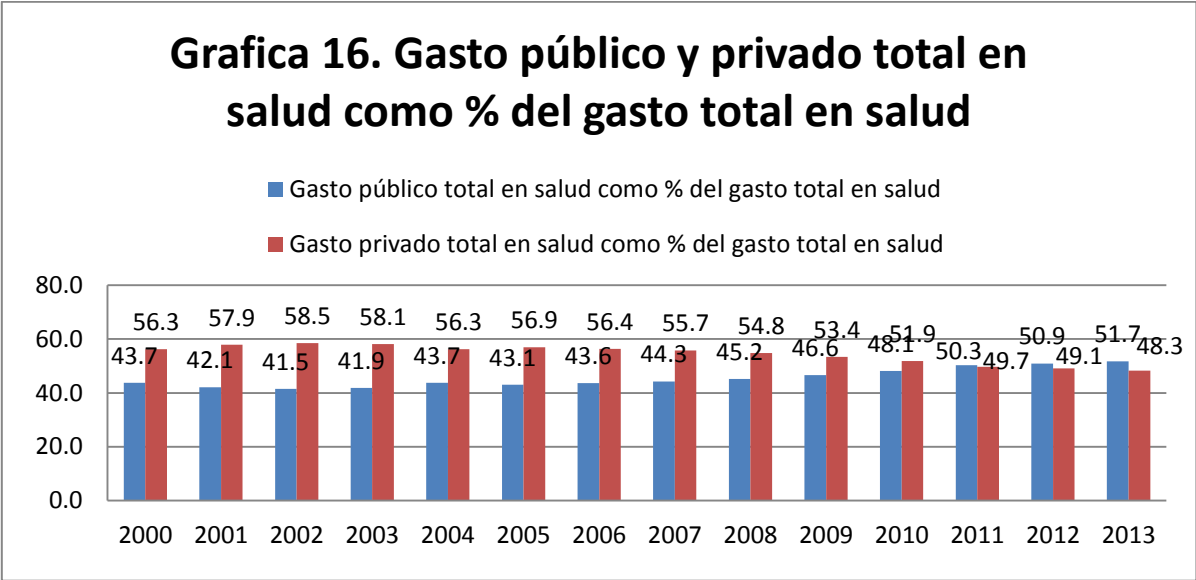


Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2014.

En cuanto al gasto público y privado en salud como porcentaje del gasto total en salud es importante considerar que el sistema de salud cubano es el único país de América Latina que garantiza el acceso universal a servicios de salud y se financia casi exclusivamente con recursos del gobierno nacional con un gasto público en salud del 96.2% y por lo tanto el menor gasto privado del 3.8%. Colombia es el segundo con mayor gasto público en salud (83.9) sin embargo este gasto está dividido en gasto público directo (39.5) y gasto de seguridad social en salud correspondiente al régimen contributivo (RC) y está basado en cotizaciones que se realizan a través de las entidades promotoras de salud (EPS) públicas o privadas, su gasto es de 44.4%. El gasto privado corresponde a seguros privados voluntarios, planes de medicina pre-pagada y gasto de bolsillo. En cuanto a los países con mayor gasto privado en salud, como porcentaje del gasto total, se encuentra República Dominicana, Guatemala, seguidos por Ecuador y Brasil. República Dominicana muestra el mayor gasto privado en salud en América Latina (66.1%) ya que hasta hace poco, la mayoría de población estaba cubierta teóricamente por un sistema público abierto financiado con impuestos generales, sin embargo, las deficiencias de ese sistema fomentaron el crecimiento del sector privado financiado por seguros voluntarios de reembolso y planes pre-pagados

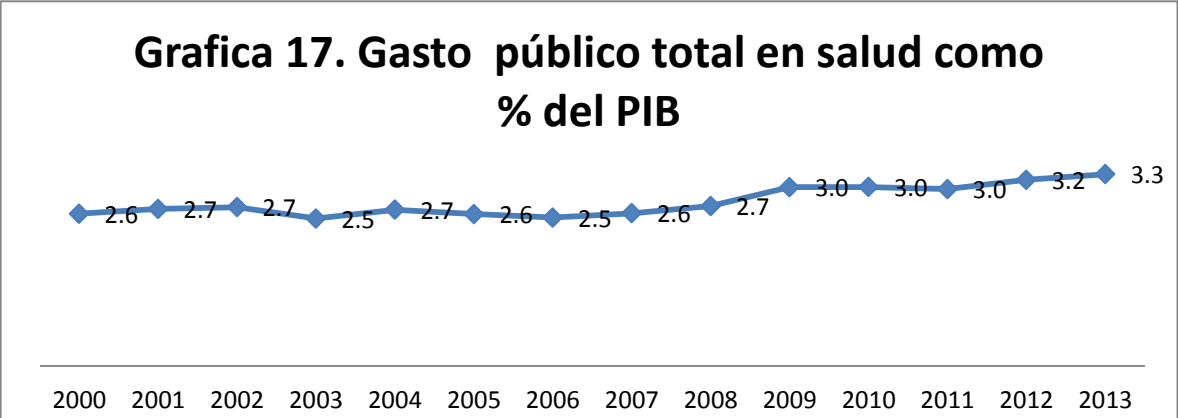
voluntarios, aunque el gasto de bolsillo siempre ha constituido la principal fuente de financiamiento. Guatemala (62.1%) es uno de los países de América Latina que más depende del gasto privado, el 90% del gasto privado es gasto de bolsillo, las donaciones externas representan 2.3% del gasto total en salud.

Analizando del año 2000-2013, en México se puede observar que durante los últimos años ha habido una mayor inversión privada en salud; en el año 2002 y 2003 este ha tenido un mayor pico de inversión 58.5 y 58.1 respectivamente por lo tanto un menor gasto público (41.5 y 41.9). Sin embargo en el 2004 cuando comenzó a operar el SP el gasto público comenzó a aumentar dándole prioridad a una de las metas de este programa, la cual era disminuir los gastos catastróficos de las familias mexicanas ya que México presenta una de las cifras más altas de gasto de bolsillo de América Latina el cual expone a las familias a gastos catastróficos o empobrecedores. En el año 2011 el gasto público y privado comenzaron a tener casi el mismo porcentaje y a partir de esta fecha el gasto público tiene más del 50% alcanzando en el año 2013 su mayor inversión (51.7%), por lo tanto es el año de menor gasto privado (48.3) durante los últimos tres sexenios (Grafica 16).



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2014.

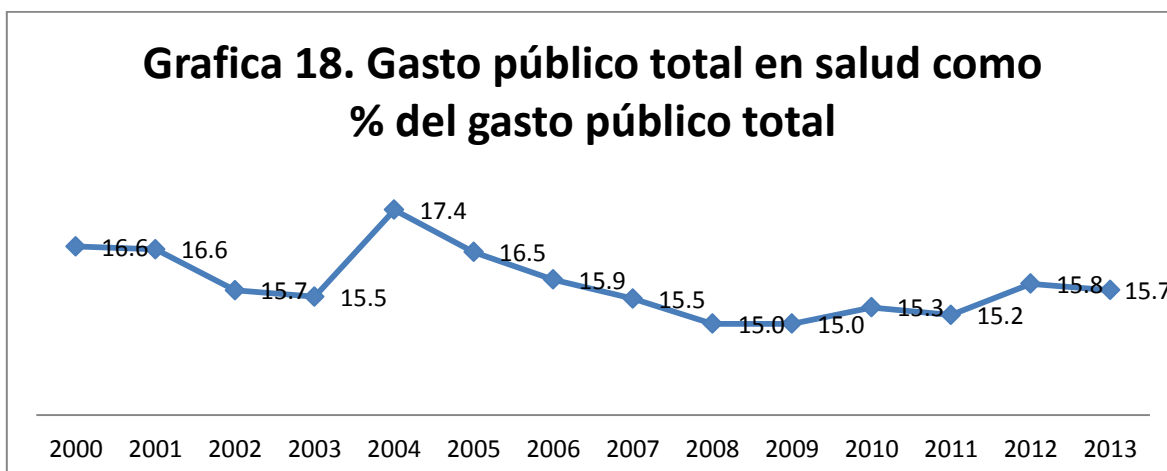
Para fines de esta investigación nos enfocaremos solo en el gasto público total en salud el cual representa el gasto en salud para la población con y sin seguridad social y constituye el gasto federal, gasto estatal y de las instituciones de la seguridad social como IMSS, ISSSTE y PEMEX. Analizando este gasto como porcentaje del PIB del año 2000-2013 podemos observar que durante el 2003 y 2006 ha tenido su menor inversión de 2.5% esto un año antes que comenzara a operar el SP y en 2006 cuando tomo la presidencia Calderón. En el año 2012 y 2013 este gasto mostro sus cifras más elevadas durante los últimos años 3.2 y 3.3 respectivamente. Cabe mencionar que del año 2009 al 2013 este se ha mantenido por arriba del 3.0% (Grafica 17).



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2014.

El gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, a partir del año 2000 cuando se formuló la propuesta de la segunda reforma de salud, comenzó a disminuir hasta llegar en el 2003 a 15.5%, sin embargo en el 2004 cuando esta propuesta se llevó a cabo hubo una gran inyección de dinero para avalar este programa y así tuviera mejores resultados, sin importar dar un menor gasto a otros sectores como a la educación por mencionar algunos. En los siguientes años este comenzó a disminuir manteniéndose en el 2008 y 2009 en 15%; en los siguientes cuatro años aumentando a no más del 16% (Grafica 18).

Grafica 18. Gasto público total en salud como % del gasto público total



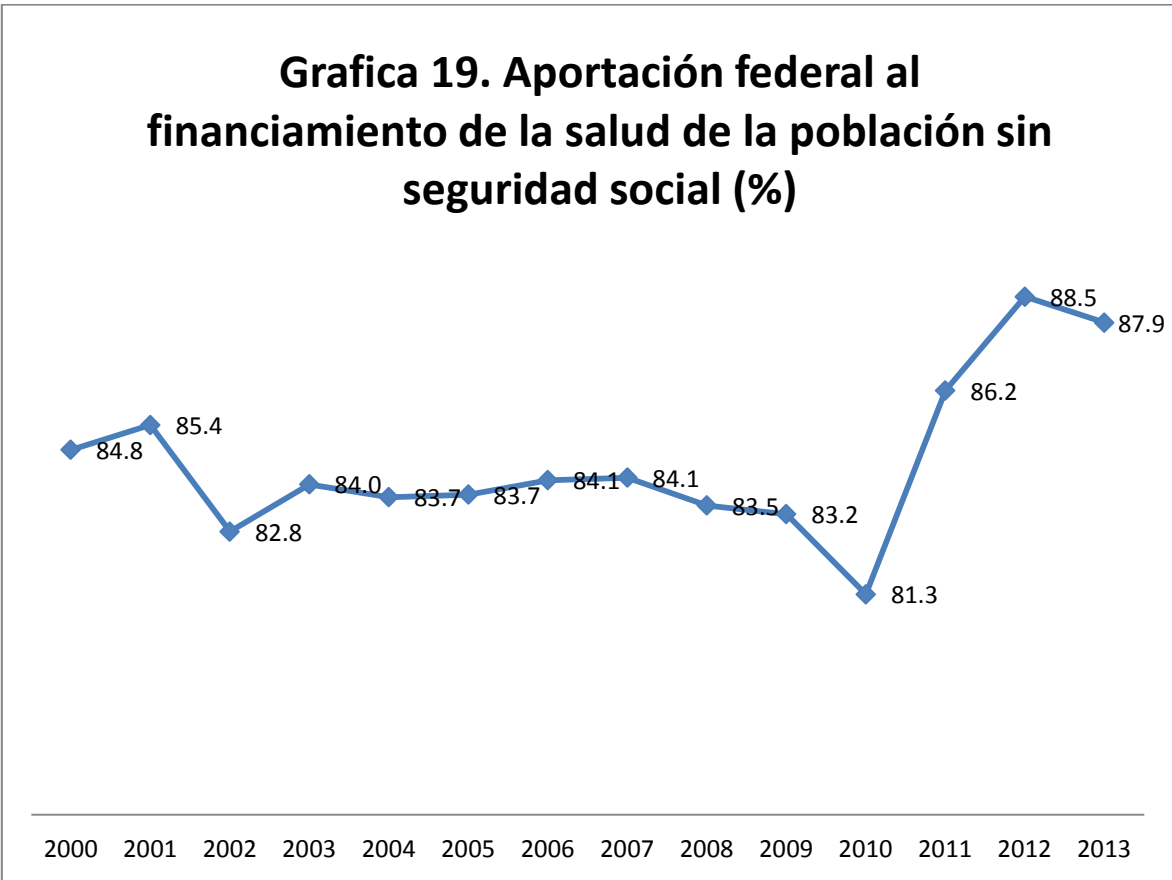
Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2014.

Del gasto público en salud analizaremos el porcentaje de las aportaciones federales y el gasto estatal para la población sin seguridad. Las aportaciones federales se refieren al Porcentaje de participación del Gasto Federal del Ramo 12; incluye los presupuestos para el sector salud; los principales programas presupuestarios son: SP, prestación de servicios en los niveles de atención a la salud y Prospera los cuales absorben el 73.5% del total asignado al RAMO en el año 2015, otra aportación federal es el Gasto del FASSA incluido en el Ramo 33⁴¹ en el Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social. El gasto estatal es el Gasto en Salud efectuado con recursos propios de los Estados (SSa, 2014).

De la suma de las aportaciones federales para el financiamiento de salud de la población sin seguridad social, en el año 2002 hubo un descenso importante de 85.4% a 82.8%, sin embargo su descenso más bajo fue en el año 2010 con 81.3% y a partir de este año comenzó a aumentar llegando a su más alto nivel en el año 2012 con 88.5%. De las aportaciones de FASSA el cual financia la mayor parte de las actividades de salud de las entidades federativas, se observó que tuvo una mayor inversión en el sexenio de Vicente Fox obteniendo en el año 2001 en 50.1%

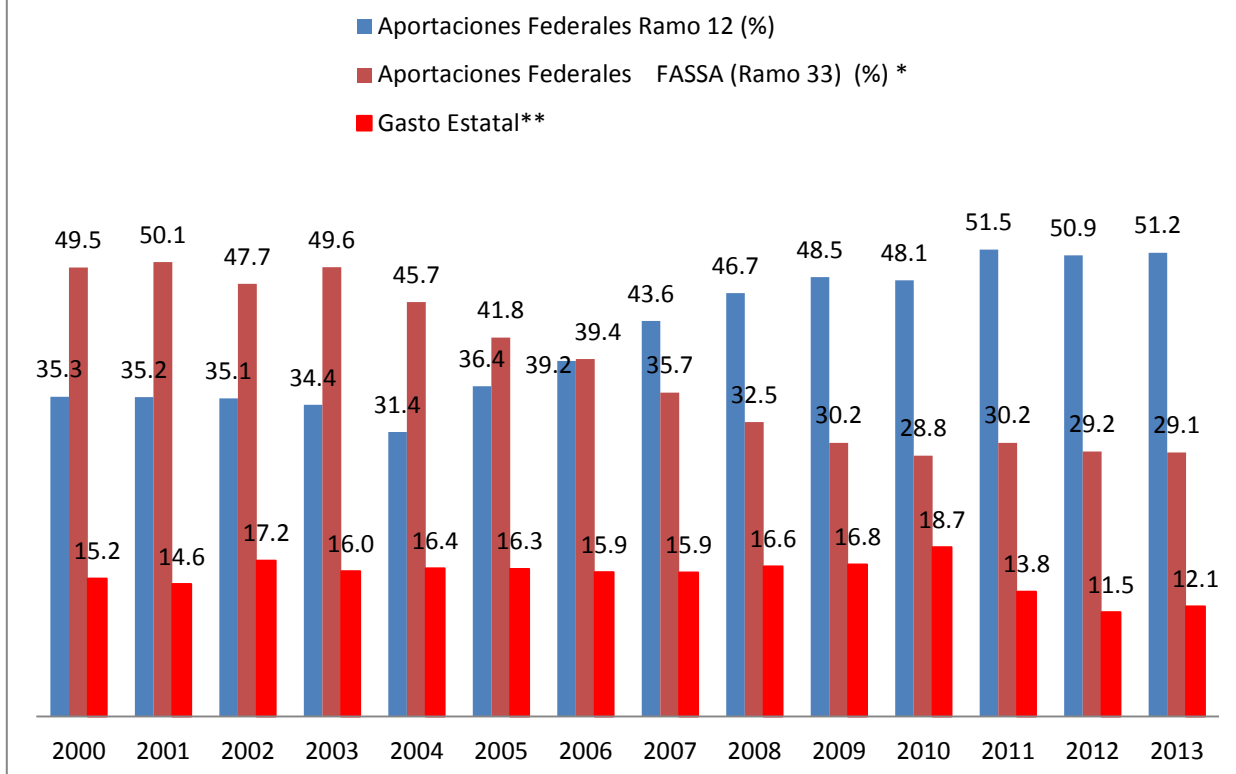
⁴¹Aportaciones Federales para entidades Federativas y Municipios

del Gasto Público en Salud y su menor inversión fue en el año 2010 (28.8%). La aportación federal al Ramo 12 en el sexenio de Vicente Fox tuvo menor inversión a pesar que en este sexenio se implementara el SP y precisamente en el año 2004 cuando arranco este programa el Ramo 12 tuvo su menor aportación (31.4%). En el sexenio de Felipe Calderón las aportaciones al Ramo 12 fueron mayores, en el año 2012 de 51.5% y permaneciendo en los siguientes dos años con esta tendencia de más del 50%. En el año 2006 el Ramo 12 y el FASSA tuvieron casi el mismo porcentaje de 39.2% y 39.4% respectivamente. El gasto estatal tuvo una menor inversión en el año 2012 (11.5%) y su mayor inversión fue en el año 2010 (18.7%) debido a que la participación del FASSA fue menor en actividades de salud en las distintas entidades federativas (Grafica 19 y 20).



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2014.

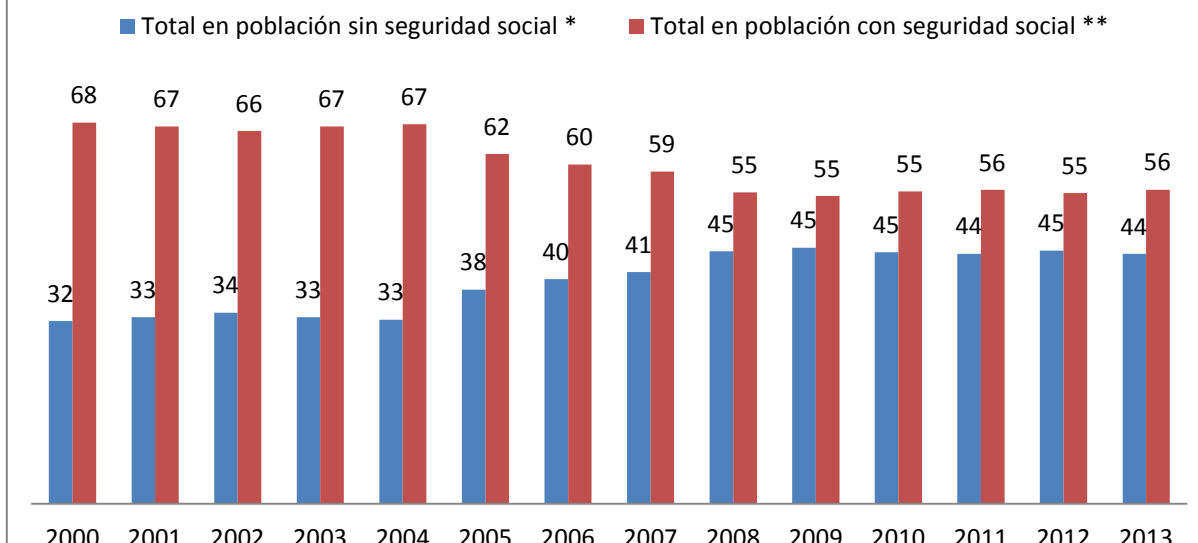
Grafica 20. Aportaciones federales y gasto estatal como % del Gasto Público Total en Salud para la Población sin Seguridad



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2014.

Del gasto público total en salud se ha observado del 2000 al 2013 una mayor concentración del financiamiento a las instituciones que atienden a la población con seguridad social, manteniéndose por arriba del 50%. En el año 2000 se observa una mayor desigualdad ya que los recursos financieros no están distribuidos proporcionalmente para la población con seguridad social (68%) y sin seguridad social (32%). Sin embargo se observa que a partir del año 2008 esta distribución ha comenzado a ser más equitativa entre 5% y 6% de diferencia (Grafica 21).

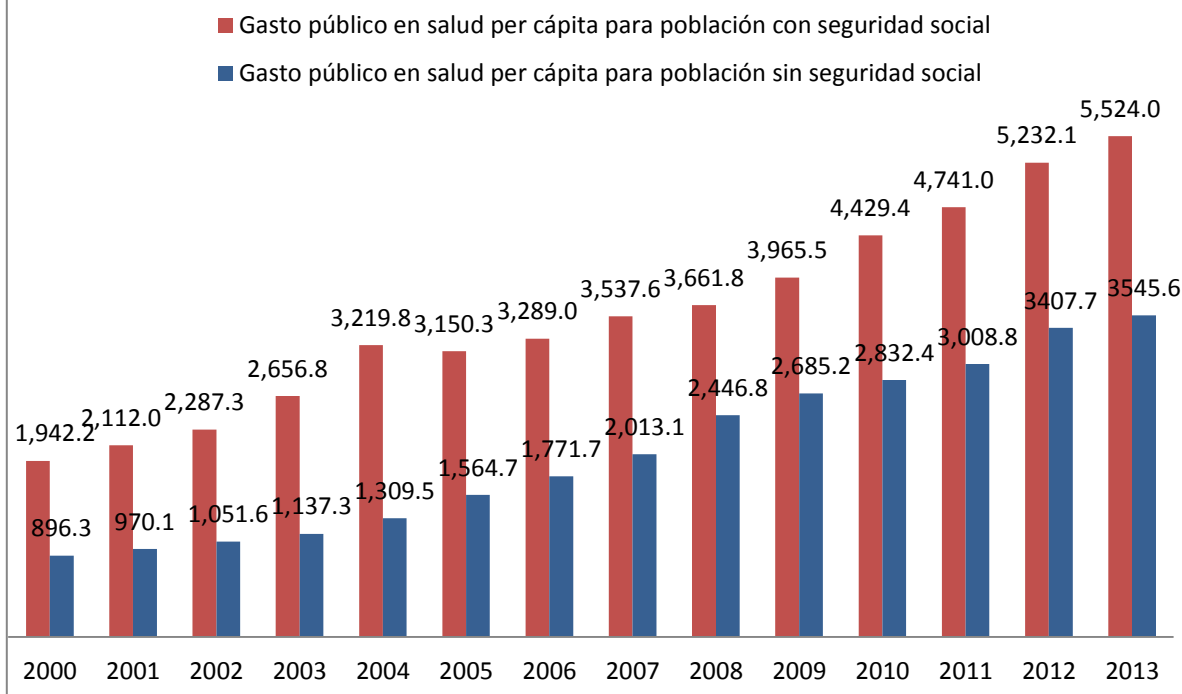
Grafica 21. Gasto Público Total en Salud en población con y sin seguridad social.



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2014.

En cuanto a gasto total en salud per cápita, considerado como el valor promedio por persona de la suma de los gastos público y privado en bienes y servicios, usualmente por año (Frenk & Gomez, 2008). En la gráfica 22 se encontró que hay diferencias importantes entre poblaciones con y sin seguridad social; en el año 2000 el gasto per cápita en población con seguridad social era 2.2 veces mayor que el gasto per cápita en población sin seguridad social, sin embargo esta diferencia ha sido mayor en el año 2004 de 2.5 veces y a partir del año 2006 esta diferencia se redujo a menos de dos veces. A partir de la propuesta a la modificación a la LGS con el SP ha aumentado el gasto per cápita, como ya se mencionó este gasto es menor en las personas sin seguridad social donde tendría que existir mayor acceso a los servicios de salud, sin embargo no es así, tiene menor acceso a adecuadas condiciones materiales de vida, hay inequidad en el financiamiento, por lo tanto el derecho a la salud y a la igualdad no se están cumpliendo, tendría que ser igual necesidad igual servicios.

Grafica 22. Gasto en salud per cápita*



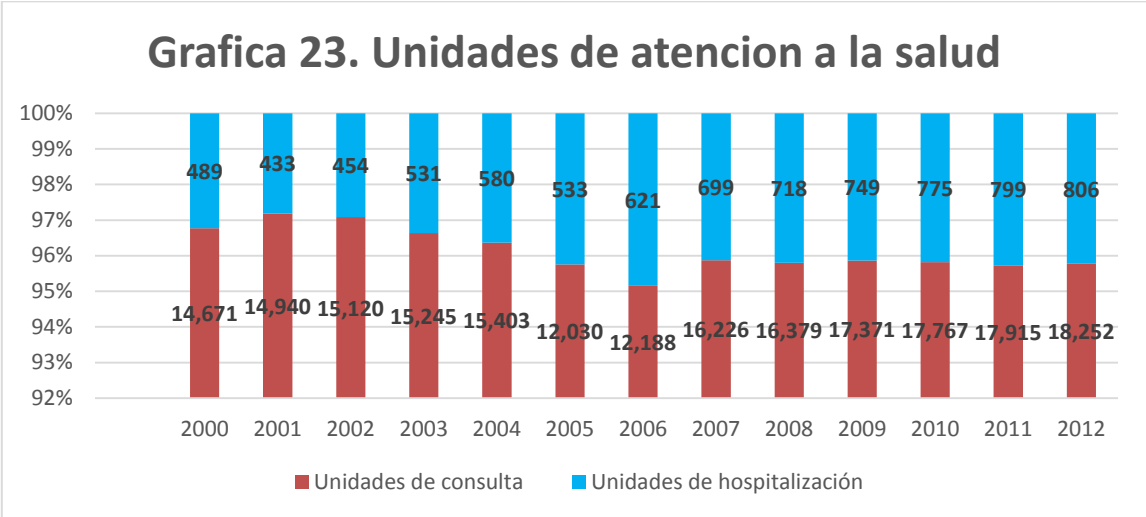
*El gasto per cápita está en pesos corrientes.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2014.

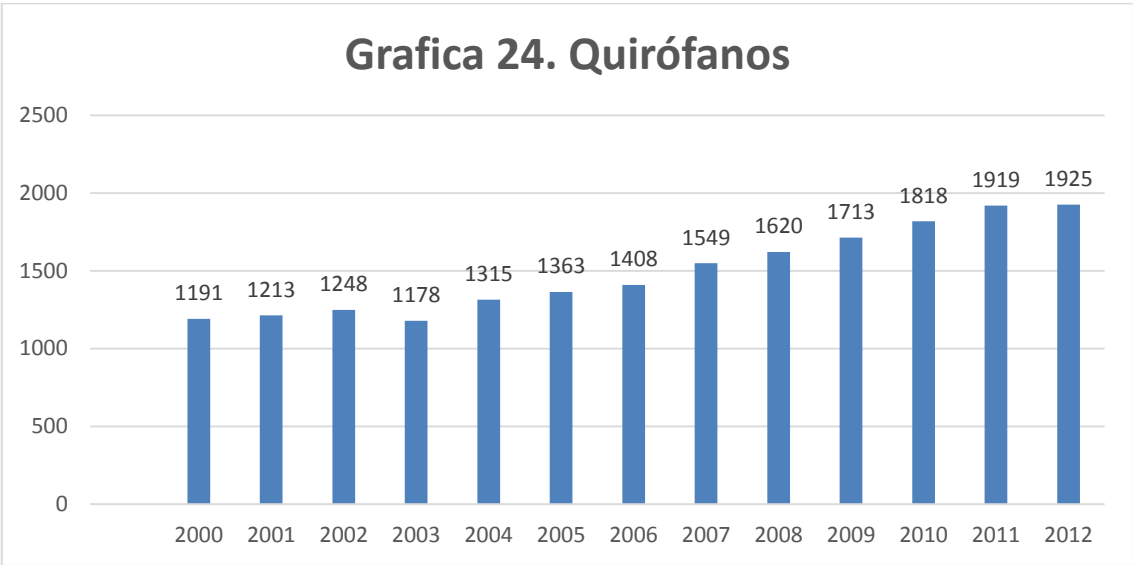
Recursos físicos y materiales

Las unidades de atención a la salud incluyen a los consultorios, las clínicas y los hospitales en donde tradicionalmente se prestan los servicios de salud. En el sistema de salud público y asistencial mexicano del año 2000 al 2013, más del 95% son unidades de consulta y el 5% restante son unidades de hospitalización, a partir del año 2001 en el cual habían 14,940 las unidades de consulta comenzaron a disminuir llegando en 2006 a su menor cifra de 12,188 unidades; a partir del siguiente año y hasta 2012 aumentaron solo el 1%. En cuanto a unidades de hospitalización del año 2000 al 2002 había menos de 5000 unidades, a partir del 2003 comenzaron a aumentar llegando a obtener en el 2012 806 unidades de

hospitalización. En este sector en el año 2000 había 1191 quirófanos la cual fue aumentando, sin embargo en el 2003 disminuyó a 1178 quirófanos quedando 70 quirófanos no disponibles, a partir del 2004 al 2012 el número de quirófanos ha ido en aumento teniendo su cifra más alta de 1925 quirófanos en el año 2012 (Grafica 23 y 24).

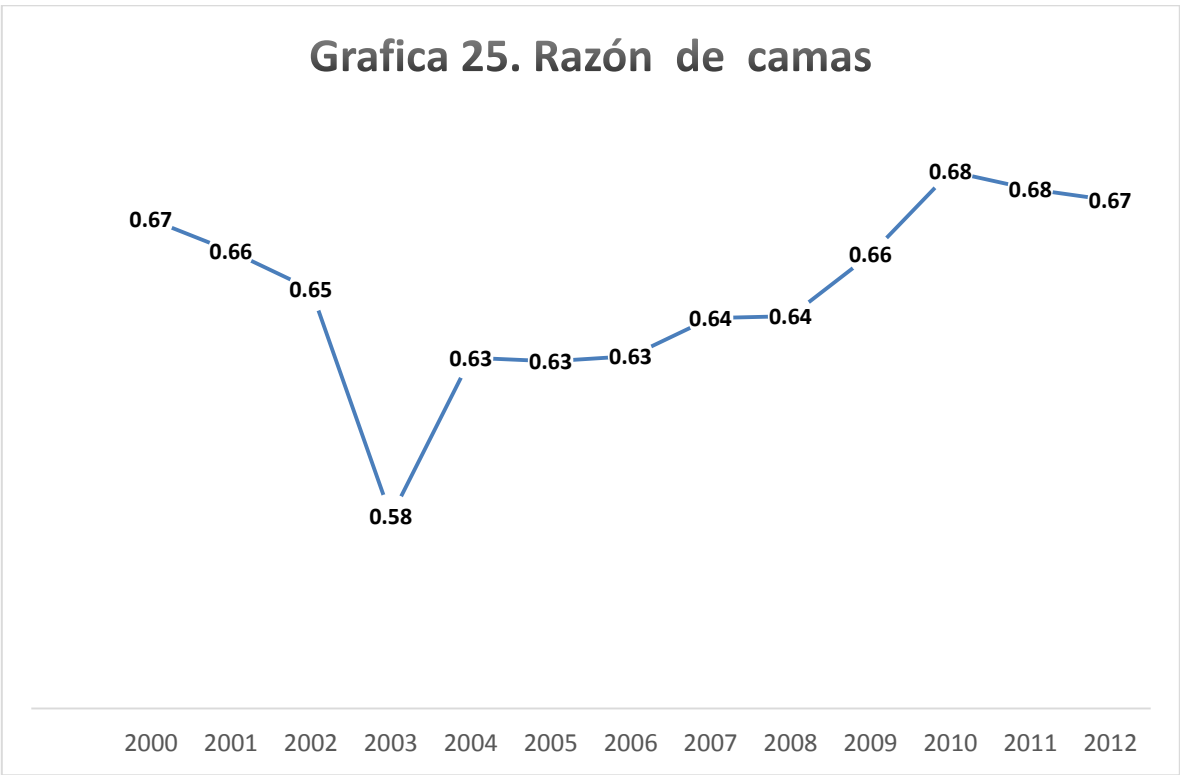


Fuente: Realización propia a partir de consulta de datos en Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2013.



Fuente: Realización propia a partir de consulta de datos en Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2013.

De estas unidades de atención a la salud la razón de camas está por debajo de la razón de camas a nivel nacional, el cual es de 0.75 por 1000 habitantes; en el año 2000 esta razón era de 0.67, y en el año 2003 un año antes de que arrancara el SP tuvo importante descenso de 0.58 camas por 1000 habitantes cifra más baja entre el 2000 y 2012. A partir del año 2004 esta cifra fue aumentando teniendo su cifra más elevada en el 2010 y 2011 de 0.68. México junto con otros países de América Latina y el Caribe como Honduras (0.81) y Venezuela (0.9) no cubren con el número mínimo de camas por 1000 habitantes recomendado por la OMS, la cual recomienda que debe haber 1 cama por 1000 habitantes. Uno de los países que rebasa esta recomendación es Cuba que cuenta con una mayor razón de camas 5.9 por 1000 habitantes, cifra muy superior incluso al promedio de los países de la OCDE que es de 3.9 camas por 1000 habitantes (Domínguez & Zacca, 2011) .(Grafica 25)

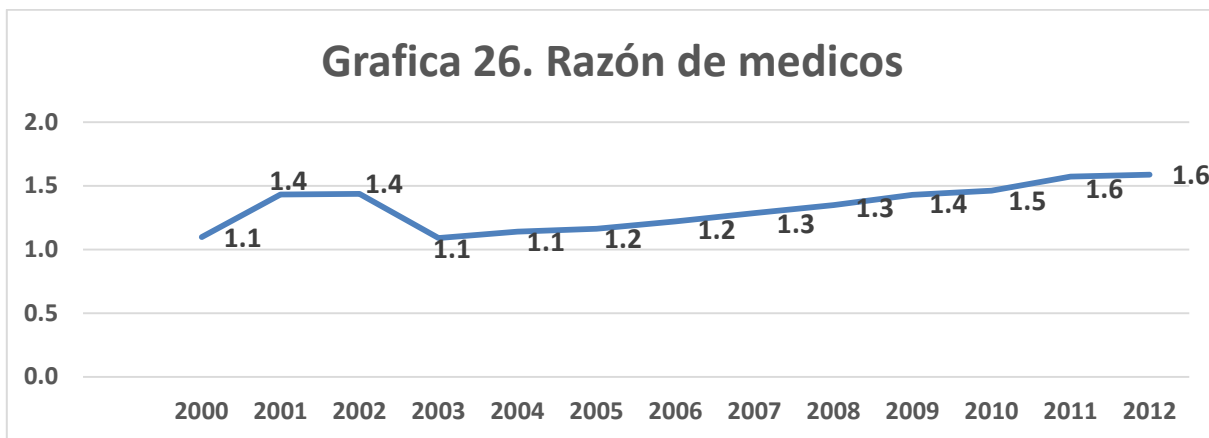


Fuente: Realización propia a partir de consulta de datos en Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2013.

Recursos humanos.

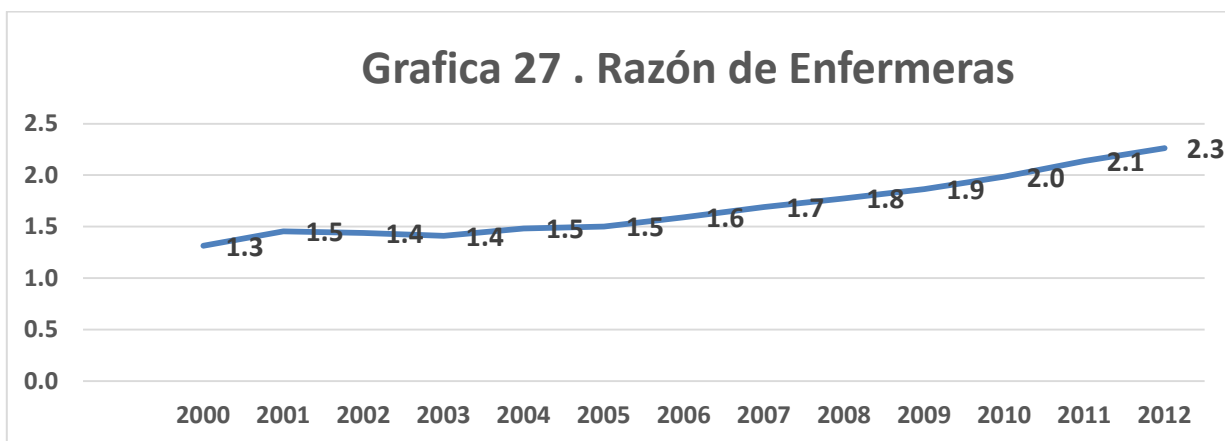
Retomando el marco referencial en cuanto a recursos humanos la OMS menciona que no hay una regla que permita evaluar la cantidad suficiente de personal sanitario, estima que los países con menos de 2.3 profesionales de atención de salud (incluidos únicamente médicos, enfermeras y parteras) por cada 1000 habitantes, probablemente no alcancen las tasas de cobertura adecuadas para las intervenciones clave de atención primaria de salud que son prioritarias en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El Sistema de Salud peruano y el colombiano de acuerdo a las fuentes secundarias utilizadas son los países de América Latina y el Caribe que cuentan con en mayor número de médicos (Perú 9.2, Cuba 6.7) y enfermeras (Perú 9.5, Cuba 9.5) por 1000 habitantes. En el otro extremo Nicaragua es el país que cuenta con menor número de médicos (0.4), este con Guatemala (0.9) son unas de las razones más bajas de América Latina incluso menores que Bolivia (1.2), estos países están por debajo del promedio en los países de la OCDE que es de 3 médicos por 1000 habitantes.

México es otro de los países con razón de médicos a nivel nacional por debajo recomendado por la OCDE 1.8; Grecia cuenta con 4.9 médicos y Reino Unido con 2.4. En el caso de médicos del sistema de salud público y asistencial, la razón de médicos es incluso menor que a nivel nacional y muy por debajo a lo recomendado por la OMS. En la Grafica 26 se observa que en los años 2001 y 2002 aumento a 1.4, en el siguiente año bajo a 1.1 y de ahí hasta el 2012 ha ido en aumento hasta llegar a 1.6 (Grafica 26).



Fuente: Realización propia a partir de consulta de datos en Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2013.

En México el caso de enfermeras es muy parecido al de médicos, la razón de enfermeras por 1000 habitantes a nivel nacional es de 2.2 muy por debajo del promedio de los países de la OCDE que es de 8.9. Noruega cuenta con 15.4 enfermeras por 1000 habitantes y España 7.4, en el caso de enfermeras de la SSA e IMSS-O no alcanza lo mínimo recomendado por la OMS y muy inferior a otros países miembros de la OCDE; sin embargo a partir del año 2000 ha ido en aumento hasta llegar a 2.5 muy similar a Bolivia (2.1) e incluso que Brasil (2.8), pero menor a Guatemala en donde hay 4.1 por 1000 habitantes, cifra mucho más elevada que otros países de América Latina y el Caribe (Grafica 27).



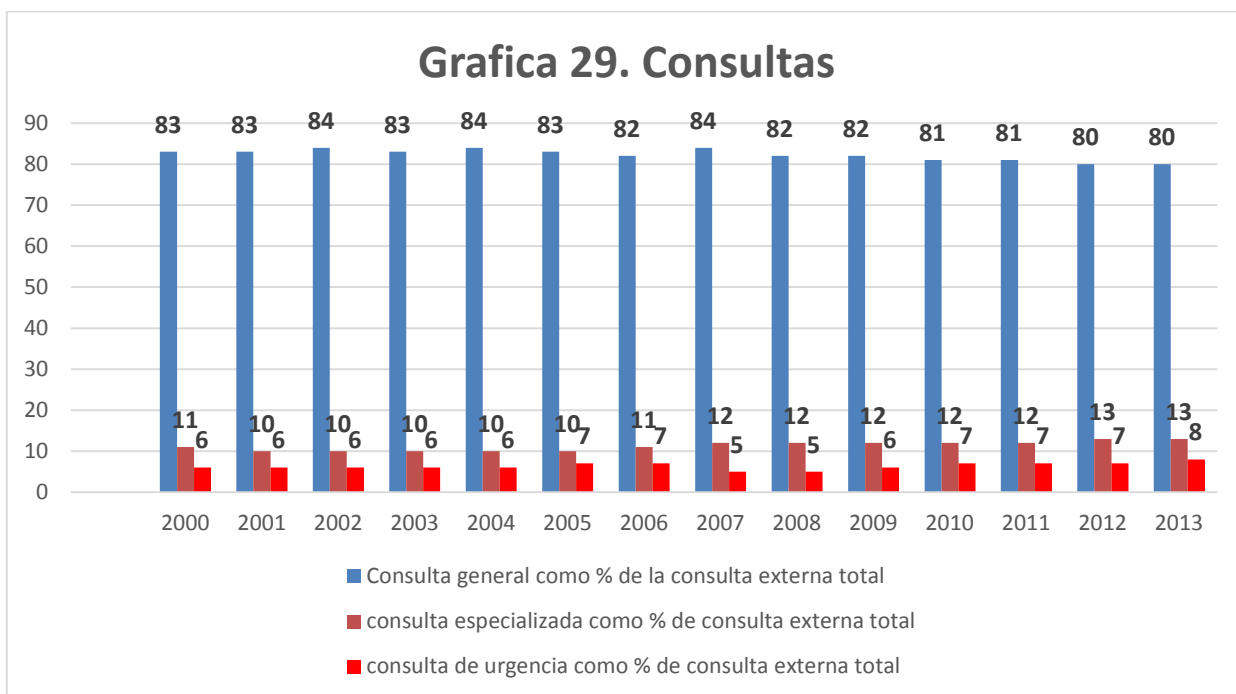
Fuente: Realización propia a partir de consulta de datos en Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2013.

Servicios de salud.

Para fines de esta investigación se analizan las intervenciones quirúrgicas y las consultas del sistema de salud público y asistencial mexicano ya que son el producto de las condiciones de salud de la población, y nos dan un panorama de que tan efectivos, eficientes y de calidad, son los servicios del sistema de salud, no solo los curativos si no también los preventivos. En el año 2000 y 2001 la suma de las intervenciones quirúrgicas de la SSA e IMSS-O representaban solo el 35% aproximadamente de las intervenciones quirúrgicas a nivel nacional sin embargo en el año 2002 este porcentaje casi se duplicaba, representando la cifra más elevada en el periodo 2000-2013, en los siguientes años esta cifra disminuyo aunque representa más del 40% de las intervenciones quirúrgicas a nivel nacional. De la consulta externa total de la SSA e IMSS-O, la consulta general tiene el mayor porcentaje representando más del 80% en el periodo 2000-2013, el segundo lugar lo ocupa la consulta especializada (10% y 13%), quedando en último lugar la consulta de urgencia con un rango de entre 5% y 8% (Grafica 28 y 29).



Fuente: Realización propia a partir de consulta de datos en SSA.DGIS. Boletín de Información Estadística No. 33, vol. III. 2013. México 2014.



Fuente: Realización propia a partir de consulta de datos en SSA.DGIS. Boletín de Información Estadística No. 33, vol. III. 2013. México 2014.

Causas de muerte de la población mexicana del año 2000-2008.

Esta información es importante para esta investigación, ya que nos da un panorama si las reformas o políticas han tenido un impacto favorable hacia la reorientación de los servicios de salud y por ende sobre las condiciones de salud de la población.

La diabetes, las enfermedades isquémicas al corazón y las cerebro-vasculares concentran un alto porcentaje de las muertes en México. Se trata de padecimientos asociados a riesgos que se relacionan con estilos de vida poco saludables entre otros factores. Del total de la población de las primeras diez causas de muerte; la diabetes representa en el 2000 20.7% y ha ido en aumento año con año hasta llegar en el 2008 a 26%. En el año 1990, la diabetes era la cuarta causa de muerte y a partir del año 2000 sigue constante en el primer lugar.

En cuanto a enfermedades isquémicas al corazón en año 1940 ocupaban el noveno lugar, en 1970 el cuarto lugar, en 1990 el primer lugar y del 2000 al 2008 el segundo lugar con un rango entre 19.5 y 20.5%. Las enfermedades cerebrovasculares se encontraban en 1970 en séptimo lugar y en 1990 en octavo, entre el 2000 y 2008 han transitado entre el tercero y cuarto lugar junto con las enfermedades del hígado teniendo su mayor porcentaje en el año 2002 (11%). Por otra parte las enfermedades del hígado, los homicidios y los accidentes siguen estando dentro de las primeras causas de muerte desde 1940 hasta 2008 (Frenk & Gomez, 2008). Las afecciones originadas en el período perinatal del año 2000 al 2002 ocuparon en quinto lugar y a partir del 2003 al 2008 ha ido descendiendo de posición llegando en este último año en el noveno lugar ya que la mortalidad materna ha sido año con año una de las prioridades del sector salud, sin embargo no se ha podido erradicar. En cuanto a la EPOC del 2000 al 2002 se ha colocado en la sexta posición y a partir del 2003 ha sido la quinta causa de muerte en el país. Las Infecciones respiratorias agudas bajas en el año 2000 era la séptima causa de muerte, sin embargo dentro de los últimos ocho años se ha colocado en la octava posición. Los accidentes de tráfico de vehículo de motor han ido en aumento en año 2000 ocupaba la octava posición y durante los siguientes cinco años aumento al séptimo lugar y del 2006 al 2008 en sexto. Las agresiones (homicidios) estuvieron en el noveno lugar durante el año 2000 después desaparecieron de las diez primeras causas de muerte durante siete años, regresando en 2008 a ocupar el décimo lugar con 4.8%. En lo que refiere nefritis y nefrosis ha permanecido constante durante siete años en el décimo lugar y por último en el año 2001 ingresaron las enfermedades hipertensivas a esta clasificación en el décimo lugar, las cuales del 2002 al 2007 permanecieron en noveno para después ascender al séptimo lugar en el año 2008. Podemos observar que a pesar de los programas que se han implementado, estos no han tenido un impacto favorable en las diez principales causas de muerte de la población (Tabla 5).

Tabla 5. Diez primeras causas de muerte en México 2000-2008.

Orden	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1	Diabetes mellitus ⁴² 20.7%	21.8%	22.8%	23.7%	24.5%	25.1%	25.6%	25.7%	26.0%
2	Enfermedades isquémicas del corazón ⁴³ 19.5%	19.9%	20.1%	20.3%	19.9%	19.9%	20.1%	20.4%	20.5%
3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígad ⁴⁴ 11.3%	11.2%	11.0%	10.7%	10.6%	10.3%	10.2%	10.7%	10.4%
4	Enfermedad cerebrovascula ⁴⁵ 11.3%	11.2%	10.8%	10.7%	10.6%	10.3%	10.0%	10.2%	9.8%
5	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal ⁴⁶ 8.6%	7.9%	7.7%	7.2%	7.4%	7.6%	7.2%	7.2%	7.1%
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica ⁴⁷ 7.1%	6.9%	7.0%	6.8%	6.5%	6.2%	6.2%	5.5%	5.8%
7	Infecciones respiratorias agudas bajas 6.3%	6.0%	5.9%	5.8%	5.8%	5.9%	5.8%	5.5%	5.4%
8	Accidentes de tráfico de vehículo de motor ⁴⁸ 6.1%	5.7%	5.6%	5.5%	5.6%	5.6%	5.7%	5.3%	5.2%
9	Agresiones (homicidios) ⁴⁹ 4.7%	4.5%	4.4%	4.5%	4.8%	4.8%	4.8%	5.3%	5.1%
10	Nefritis y nefrosis 4.4%	Enfermedades hipertensivas ⁵⁰ 4.4%	4.1%	4.2%	4.2%	4.3%	4.4%	4.3%	4.8%

Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 1979-2008 INEGI/SS y de las Proyecciones de la Población de México 2005 - 2050, y proyección retrospectiva 1990-2004. CONAPO 2006.

⁴² La diabetes es una enfermedad que se caracteriza por el aumento de los niveles de glucosa en la sangre debido a una baja producción o un uso inadecuado de la insulina, que es la hormona encargada de convertirla en energía. Intervienen en su desarrollo la genética, la mala alimentación y el sedentarismo. Se trata de una enfermedad muy discapacitante que da origen a amputaciones de los miembros inferiores, ceguera e insuficiencia renal, y que favorece el desarrollo de enfermedades cardio y cerebro vasculares. Se calcula que en el mundo hay 170 millones de adultos diabéticos. Alrededor de 6 millones de mexicanos mayores de 20 años sufren esta enfermedad. De mantenerse las tendencias actuales en el 2025 habrá en México 12 millones de diabéticos.

⁴³ Es la primera causa de muerte a nivel mundial, estas enfermedades se caracterizan por un aporte insuficiente de oxígeno a este órgano como resultado de la obstrucción o el estrechamiento de las arterias que lo nutren. Dentro de los riesgos relacionados con estas enfermedades destacan el consumo excesivo de grasas animales, el sobre peso, el consumo de tabaco, la hipertensión arterial, la falta de actividad física y la diabetes. Se calcula que las enfermedades isquémicas al corazón son responsables de 7 millones de muertes anuales a nivel mundial, la mayoría de las cuales se producen en los países de ingresos bajos y medios,

⁴⁴ Dentro de estas enfermedades se destacan la hepatitis C, que está adquiriendo proporciones epidémicas y la cirrosis hepática la cual está relacionada con el consumo de alcohol y por lo mismo es más frecuente en los hombres que en las mujeres, sin embargo su frecuencia en las mujeres está incrementando.

⁴⁵ Los padecimientos cerebro vasculares constituyen la segunda causa de muerte en el mundo y la tercera en el país. Estos padecimientos se caracterizan por la muerte de tejido cerebral debido a la falta de oxígeno producto de un sangrado o la obstrucción de una arteria. La causa más frecuente de estos padecimientos es la hipertensión arterial, pero también influyen en su desarrollo el tabaquismo, el colesterol elevado, el sobre peso, la diabetes y las cardiopatías. Al año se producen en el mundo alrededor de 6 millones de muertes.

⁴⁶ Las muertes maternas también se concentran en los grupos marginados urbanos y rurales. La mayor parte de los fallecimientos maternos podrían evitarse con una atención oportuna y de mejor calidad

⁴⁷ Se caracteriza por obstrucción crónica, poco reversible y por lo general progresiva, del flujo de aire en las vías respiratorias. Las formas más comunes de presentaciones de esta enfermedad son la bronquitis crónica y el enfisema. La causa más común de este padecimiento es la respuesta inflamatoria al consumo del tabaco y la contaminación del aire.

⁴⁸ Los accidentes de tránsito afectan en particular a los peatones y suelen asociarse al consumo de alcohol, exceso de velocidad y deficiencia en los caminos y en la señalización de las vías públicas, causas todas ellas susceptibles de prevención.

⁴⁹ Los homicidios constituyen una causa común en América Latina de hecho, es la región con la tasa más alta de homicidios del mundo. Se calcula que se producen 150 mil muertes violentas en el año. Los países de esta región con tasas de homicidios más altas son, en este orden, Colombia, Brasil y Venezuela. En México han mostrado un descenso en los últimos años. Los estados con tasas de mortalidad por homicidios más altas son, Guerrero, Michoacán, Oaxaca y Sinaloa.

⁵⁰ Se define como el incremento de la presión de la sangre por arriba de 140/90 mmHg, es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebro vasculares e insuficiencia renal. Destacan dentro de los factores que favorecen su desarrollo, el sobrepeso, la falta de ejercicio físico y el consumo excesivo de sal y alcohol.

Análisis.

El siguiente análisis está desarrollado bajo las categorías conceptuales que se abordaron en el marco teórico. De los datos analizados se observó que antes que se implementara el SP se encuentra un punto de inflexión muy importante, donde bajó el número de camas, quirófanos, médicos y enfermeras poniendo entre dicho los servicios públicos y desarrollando así un desprestigio para que fuera aceptada esta reforma. Después del 2004 estas cifras aumentan debido al flujo económico recuperado por aportaciones federales y gasto estatal. Se puede observar un mayor aumento en las unidades de atención tanto de consulta como hospitalarias y aunque el número de camas ha ido aumentando no han sido suficientes ni cubre lo recomendado por la OMS, demostrando que solo se la ha dado énfasis a la atención primaria con paquetes básicos de salud.

Con el SP también ha aumentado el gasto público en salud y por lo tanto en el gasto per cápita, sin embargo este gasto es menor en las personas sin seguridad social las cuales tienen menor acceso a adecuadas condiciones materiales de vida, esto nos indica que en el Sistema de Salud hay una gran inequidad tanto en el financiamiento como en el acceso, restringiendo el derecho a la salud. Se puede concluir retomando en marco teórico que México, el cual era un Estado de bienestar restringido se ha convertido en un Estado con un RPS, asistencialista/conservador ya que se están satisfaciendo las necesidades en la familia y en el mercado (no hay un salario digno, no hay pleno empleo se han desarrollado desempleos como en el caso de luz y Fuerza provocando que las necesidades se satisfagan en la familia). Con este RPS hay una mayor mercantilización de los servicios, teniendo que comprobar la indigencia para acceder a los servicios asistencialistas proporcionados por el Estado. Se están desarrollando políticas neoliberales focalizadas, a determinados grupos sociales, los cuales tienen que determinar o comprobar sus necesidades, para poder tener acceso a ellas como una oportunidad, poniendo como ejemplo en programa de

Progresar, en la actualidad Progresar el cual es focalizado y selectivo, que se caracteriza por aplicar paquetes de servicios básicos exclusivamente en el primer nivel de atención, excluyendo todo tipo de intervención quirúrgica y de atención a nivel de especialidades, por lo cual si los pacientes demandan este tipo de intervenciones, deben pagar cuotas de recuperación con precios estipulados

México está cada vez más lejos de lograr un RPS sociodemócrata como el de Cuba, el cual promueve políticas sociales de cobertura universal de los ciudadanos, tiene un amplio abastecimiento de servicios sociales y de manera equitativa con tendencia al igualitarismo con base en la ciudadanía (en vez de la demostración de necesidades o la dependencia en la relación laboral), se consideran las necesidades sociales como un derecho. En este régimen el encargado de satisfacer las necesidades sociales es el Estado, por lo tanto presenta el grado máximo de desmercantilización, lo que ha permitido que Cuba sea el mejor país de América Latina con los mejores indicadores de salud incluso que algunos países miembros de la OCDE. México debería de retomar este modelo ya que en el país cada vez se está produciendo un alto grado de estratificación y los beneficios son muy pocos, se puede decir que hay estratificación al observar que en cada estado se desarrollan sus propios SES. Pareciera que el Sistema Nacional de Salud está hegemonizado pero no, esto lo podemos observar en uno de los estudios analizado en de Nivaldo Linares Pérez y Oliva López Arellano en el año 2009, el cual nos indica que hay gran heterogeneidad entre los servicios que se prestan y el financiamiento de ellos, provocando desigualdades. La medición de las desigualdades en salud se hizo a través del INIQUIS. El análisis de la inequidad incluyó la comparación de los indicadores sobre resultados de salud y acceso a servicios con indicadores básicos del mismo tipo para América Latina y la valoración de las desigualdades que aludían a evitabilidad, injusticia e inaceptabilidad según los criterios reconocidos de la definición de inequidad. Este estudio dio como resultado que los niveles de desigualdad-inequidad en salud entre las entidades federativas no

parecen haber sido influidas significativamente por las intervenciones de la reforma sanitaria desarrolladas en México entre 1995 y 2002, da continuidad a la reforma neoliberal iniciada en los años '80.

Por otra parte en el periodo 2000-2006, el SP ha sido el programa “estelar”, para seguir profundizando la reforma neoliberal que lejos de enfrentar los graves problemas del sector salud solo ha concebido al derecho a la salud como derecho a la protección de la salud.

Es importante resaltar que para que se pudiera llevar a cabo esta reforma como se observó en el marco referencial, primero se realizó una política de descentralización y desconcentración inadecuada y no como sucede en otros países donde la descentralización se hizo política y administrativa; en México solo fue una descentralización administrativa; y no se tomó en cuenta como lo propone Ugalde y Homedes el tamaño del país su experiencia histórica, características culturales, geográficas, políticas y económicas. Ellos mencionan que no hay una fórmula universal para descentralizar, y que en América Latina la descentralización se ha impuesto desde fuera (como el BM y el FMI) y se ha implementado apresuradamente sin tener en cuenta si existían las condiciones requeridas para su éxito. Después de este proceso se llevaron a cabo estrategias de desfinanciamiento y desmantelamiento de los servicios públicos para crear la idea de que son ineficientes por lo que se requiere una nueva reforma, esto se observa en la caída de servicios y financiamiento entre el año 2000-2003 justo antes de la reforma. Tuvo que haber este desfinanciamiento y desmantelamiento para crear la idea; ya que el Sistema de Salud mexicano a comparación de otros países de América Latina era muy bueno. había una gran satisfacción y una gran cantidad de servicios por ejemplo en la zona de hospitales. Estas estrategias fueron necesarias para que la población confirmara que los servicios son ineficientes y como se observó en el año 2002 casi se duplico el número de intervenciones quirúrgicas producto de las malas condiciones de salud de la población. Otro

ejemplo de la consecuencia del desfinanciamiento y desmantelamiento de los servicios de salud, ya mencionado en el marco referencial fue en el año de 1988, cuando se suspende indefinidamente el proceso descentralizador. Teniendo influencia en las condiciones de salud de la población en esta década ya que el desmantelamiento temporal de los programas de control de enfermedades y la reducción de la eficacia de las medidas epidemiológicas constituyeron una regresión sanitaria en este periodo al incrementar la incidencia de paludismo que tuvo una regresión sanitaria de treinta años, entre otras enfermedades.

Una vez aprobada la reforma en el año 2004 con el brazo operativo SP se han reorganizado los servicios con un paquete básico ahora conocido como CAUSES y desarrollando un fondo (FASSA) que permite un flujo de financiamiento hacia la privatización de los servicios como en el caso de Colombia y Chile los cuales se profundizaron en las conclusiones. Esta reforma no ayudó a mejorar las condiciones de salud sigue siendo lo mismo no solo se han desarrollado políticas de salud que fragmentaron los servicios, ahora se están desarrollando una especie de mercados internos (competencia gerenciada) con un fondo que paga los servicios a instituciones públicas y privadas, ya que entre el 2011 y 2013 el SP pagó mil 495 millones de pesos a través del FPGC a hospitales privados para realizar procedimientos quirúrgicos que practican los hospitales públicos en México, esto de acuerdo con una investigación realizada por El Universal (Gutierrez, 2014). Se están desarrollando políticas encaminadas a la privatización del uso de los recursos públicos para los servicios privados

Desde la Promoción de la Salud se puede observar que el sistema de salud está completamente medicalizado no se han desarrollado políticas públicas que reorganicen y reestructuren el sistema de salud vinculadas al contexto histórico, político, cultural/ideológico y económico en el que se propongan dichas reformas, siguen con la lógica tradicional de una medicina curativa y prueba de ello es que solo ha aumentado la atención básica y no hay énfasis en la promoción de la salud

y educación para la salud, ya que a pesar que se han realizado diferentes campañas con una fuerte inversión financiera como MUEVETE, para disminuir los índices de diabetes sigue siendo la primer causa de muerte principalmente a causa de la obesidad y síndrome metabólico.

Conclusiones.

Hablando sobre los resultados; durante esta investigación pudimos llegar a la conclusión que a partir de los años 80's se fueron aplicando políticas propuestas por las corrientes neoliberales a través del gobierno priista y posteriormente bajo el PAN; partido que reemplaza después de setenta años al PRI manteniendo los mismos objetivos y aplicando las mismas estrategias, apoyadas por instituciones internacionales principalmente el BM quien ha proporcionado préstamos al gobierno mexicano condicionados a que adopte políticas focalizadas cuyas características son servicios de salud de bajo costo y grandes externalidades y dirigidas a población en contextos de vulnerabilidad; las cuales han generado que el gasto que ha recibido la SSA esté sujeto al mantenimiento del equilibrio fiscal. Por otra parte, observamos que las cuotas de recuperación implementadas en los últimos años han sido una señal de la mercantilización de la salud en los servicios públicos y asistenciales de México.

A lo largo de esta investigación adoptamos las premisas de los autores que se consultaron durante esta investigación sosteniendo que las transformaciones que han tenido los servicios públicos y asistenciales; obedecen a la lógica neoliberal en la que la salud es considerada como una mercancía que es adquirida en el mercado, y el Estado sólo atenderá a aquellos individuos que no pueden comprarla, como es la población que atiende la SSA e IMSS-O. La lógica de esta idea es, que la salud es producto imperfecto del mercado, como lo propone Julio Frenk, de ahí, que hay servicios que debe otorgar el Estado y otros que no.

Es importante mencionar que las principales reformas propuestas desde los 80's fueron la descentralización de los servicios de salud desde el gobierno federal hacia los gobiernos estatales reduciendo el papel del gobierno federal en la prestación de servicios de salud. Se considera que los cambios más importantes que sucedieron en la SSA se articularon en función de la descentralización, la cual

se inició en la década de los 80's y fue interrumpida en esa misma década para ser reiniciada a mediados de los 90's; el cambio más radical que sufrió la SSA es la regulación, donde asume el papel exclusivo de normar todo el sector salud de México, dejando de prestar servicios.

Por otra parte, pudimos observar que en el periodo 2000-2006, la SSA con el SP programa estelar del gobierno de Fox Quezada, fue un medio para profundizar la reforma neoliberal impulsada bajo el modelo de pluralismo estructurado, creado por Frenk y Londoño, donde el sistema de salud ya no estaría organizado por grupos sociales, sino por funciones, de regulación, financiamiento y prestación de servicios. Según esta propuesta, el Estado debe ser el responsable de la rectoría y modulación del sistema de salud; mientras que el aseguramiento y la prestación de servicios deben estar a cargo de distintas entidades públicas y privadas que actuaran en un marco de competencia gerenciada o mercados internos. Como un complemento a esta investigación, pudimos observar que esta misma tendencia ha sido observada en otros países de América Latina como Chile en 1981 y Colombia en 1993. Permitiendo el crecimiento del sector privado, con políticas sociales que convierte el mercado en el principal organizador y beneficiario de los servicios sociales que antes eran regulados por el Estado.

Chile fue el primer modelo de reforma neoliberal, impulsado en 1981 y se considera como la primera reforma de salud mercantilizada y privatizadora; que se presentó durante más de una década como un modelo a seguir en el resto de América Latina y en el mundo durante la dictadura de Pinochet. Consiste en dos instituciones de administración del fondo: la pública, Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las privadas que son las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) con sus respectivos prestadores de servicios (Tetelboin, 2007). Las ISAPRES prácticamente no fueron reguladas y aprovecharon todos los mecanismos del

mercado para incrementar sus ganancias, incluyendo la selección adversa⁵¹ de sus asegurados con el rechazo de personas de alto riesgo o baja capacidad de pago. El FONASA, en cambio, tenía la obligación de asegurar y atender a todos, independientemente de sus características de salud, edad e ingresos. Este modelo creó y promovió el mercado y la libre competencia en salud, sus principales estrategias fueron: la inclusión de administradores privados de fondos en el aseguramiento obligatorio y público, la libre elección de asegurador y la separación entre la gestión del financiamiento y la prestación de servicios, abriendo el mercado de servicios a los privados, consolidando un sistema altamente inequitativo de aseguramiento y atención donde el sector privado atendía al 25% de la población disponiendo del 40% de los recursos financieros (Laurell & Ronquillo, 2010). En 2000, fomentó las instituciones privadas y debilitó las instituciones públicas como prestadores de servicios a pesar de ser estas las más importantes del país, muy similar al caso mexicano con el desfinanciamiento y desmantelamiento de las instituciones públicas (Laurell C. , 2013). Después de treinta años de aseguramiento obligatorio, Chile no ha alcanzado una cobertura poblacional universal y la cobertura de atención solo es universal y gratuita en la Atención Primaria de Salud. (Laurell C., 2013; Laurell & Ronquillo, 2010).

La última innovación dentro del modelo chileno es el Plan AUGE (Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud) aprobado en 2004. Este define los problemas de salud, con los paquetes de intervenciones específicas (Laurell C. , 2013). Una limitación del AUGE, en cuanto al acceso equitativo, es que el paciente paga el 20% del costo del tratamiento y generalmente los medicamentos, persistiendo un obstáculo económico al acceso. Este plan ha terminado promoviendo al sector privado por la falta de instalaciones públicas. A pesar de que la cobertura médica ha incrementado con el AUGE persiste un obstáculo en

⁵¹ Es la exclusión, por parte de los seguros privados, de personas de alto riesgo de enfermarse, sea por edad, por factores de riesgo o enfermedad, como sucede en el sistema de salud estadounidense.

el acceso por los pagos directos al momento de recibir la atención (Tetelboin, 2007).

La reforma del sistema de salud colombiano ha tenido una mayor importancia para las transformaciones del sistema de salud mexicano al sustentarse bajo el modelo del pluralismo estructurado (Laurell & Ronquillo, 2010). El modelo colombiano es conocido como Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado por la Ley 100 en 1993, es una combinación entre el seguro obligatorio y la libre competencia entre administradores de fondos y prestadores de servicios, públicos y privados. Se distingue del modelo chileno, ya que por un lado existe un organismo público redistribuidor de los fondos de salud y por el otro, el sistema público ha sido desarticulado en múltiples organismos de administración de fondos y prestación de servicios (Tetelboin C. , 2007; Torres, 2009; Laurell C. , 2013). Este sistema consta de cuatro instancias: el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA); las empresas promotoras de salud (EPS); los prestadores de servicios Empresas Sociales del Estado (ESE)/Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y la Superintendencia Nacional de Salud (Torres, 2009).

El FOSYGA es el organismo público dependiente del Ministerio de Protección Social que concentra las contribuciones y los redistribuye junto con el subsidio fiscal a los administradores de fondos. Los administradores de fondos/compradores de servicios, las EPS, son públicos y privados. Las EPS compran servicios para sus asegurados a los prestadores de servicios que son las Empresas Sociales del Estado (ESE) del sector público y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) del sector privado. La regulación del sistema corre a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud. Se mantienen además los servicios municipales de salud, organismos descentralizados que ofrecen atención del primer nivel y se encargan de acciones de salud pública. La cobertura de atención es un paquete de servicios denominado Plan Obligatorio de Salud (POS). En el régimen contributivo (POS-C) tiene más intervenciones que en el régimen subsidiado (POS-S). El POS-C abarca casi todos los servicios, desde acciones

preventivas hasta cirugía cardiovascular, e incluye un listado muy largo de medicamentos. El POS-S abarca servicios básicos y medicamentos esenciales (Laurell & Ronquillo, 2010).

Según Laurell (2010), la estructura de este modelo establece una estricta separación de funciones entre regulación/modulación/administración de fondos y prestación de servicios y es una forma de competencia gerenciada o mercados internos. Al promover la competencia en la administración de los fondos de salud y en la prestación de servicios, crea múltiples actores privados, dejando al gobierno únicamente la tarea de regulación, con una lógica de políticas neoliberales donde el mercado es el mejor distribuidor de los recursos y la competencia un impulso favorable a la calidad y la contención de costos. Sin embargo, al igual que en el caso chileno, el SGSSS no ha alcanzado la cobertura poblacional universal (Laurell & Ronquillo, 2010).

Al hacer la comparación de estos países pudimos observar que en Colombia al igual que en Chile, el producto de haber adoptado este modelo ha sido que decenas de hospitales públicos han quebrado y miles de trabajadores de salud han sido despedidos a pesar de que haya un incremento importante del presupuesto de salud. En Colombia la deuda estatal con los prestadores públicos es altísima y no ha llevado a un mejoramiento de las condiciones de salud de su población, por el contrario, ha inducido el resurgimiento de enfermedades que ya se tenían controladas, como el paludismo, y un declive en la cobertura de vacunación debido a la fragmentación del sistema de salud y el debilitamiento de las acciones articuladas de salud pública (Torres, 2009; González & Bossert, 2000).

Si comparamos los esquemas de la estructura de los sistemas de salud de Chile, Colombia y México se pueden observar algunas similitudes y diferencias entre ellos. En Colombia y en Chile ya hay un fondo como institución que se encarga de

distribuir los recursos financieros, tanto para el sector público y privado; en Chile existe dos fondos uno para el público y otro para el privado. En el esquema de la estructura del sistema de salud mexicano aun no aparece un fondo, sin embargo esta es la tendencia a seguir. En México y en Chile se puede observar una separación entre los sectores público y privado y en el caso chileno maneja otro sector, el de las fuerzas armadas. En Colombia al igual que en México se maneja la seguridad social como un sector, sin embargo en Colombia ya se maneja público/privado y en el caso de México la seguridad social solo pertenece a lo público.(Mapa 1,2,3)

Una de nuestras principales conclusiones es que en México el proceso de privatización aún no se ha consolidado por completo, sin embargo, ya se da un panorama de tendencias privatizadoras a partir de la reforma a la Ley General de Salud en el 2003; con el SP al ser un programa que profundiza la fragmentación del sistema público y favorece su privatización con el mismo discurso que en el caso chileno y colombiano, en el cual se propone una política de protección social en salud, con equidad y oportunidad en el acceso, de manera universal y eficiente con este discurso pareciera que están desarrollando políticas con un régimen socialdemócrata, sin embargo, son políticas focalizadas, de oportunidad y de demostración de medios, es decir profundiza la inequidad en el acceso y en el financiamiento de los servicios de salud. Esto lo podemos observar con la separación de funciones, la creación de un fondo, el desarrollo de un paquete de servicios básico a través de un catálogo donde se explicitan las intervenciones, también se han desarrollado cuotas de recuperación y ya existen evidencias de flujo de recursos financieros entre el sector público y privado, promoviendo al sector privado por falta de instituciones públicas como en el caso de Colombia y Chile. Podemos concluir que México está cada vez más lejos de lograr un RPS socialdemócrata como el de Cuba, el cual en realidad si promueve políticas sociales de cobertura universal lo que ha permitido que Cuba sea el mejor país de América Latina con los mejores indicadores de salud incluso que algunos países

de la OCDE. México debería de retomar este modelo ya que en el país cada vez se está produciendo un alto grado de estratificación y los beneficios son muy pocos.

En cuanto a la promoción de la salud uno de los aportes de la investigación para este campo de estudio es la sistematización de información de fuentes secundarias y su relación con las condiciones de la protección de salud de la población, lo que permite documentar qué es lo que está pasando en cuanto al acceso, cobertura de servicios de salud y el derecho a la salud. Esta información permite debatir sobre la pertinencia de estas políticas y desarrollar estrategias para la defensa del derecho a la salud de la población. Se puede observar, que las políticas en salud que se han desarrollado a partir de los ochenta, no han tomado en cuenta el contexto económico, político y cultural ideológico del país y solo se han desarrollado bajo propuestas neoliberales impuestas por instituciones supranacionales como el BM, impactando en las condiciones de salud de la población a través de estrategias como las descentralización, desconcentración, desfinanciamiento y desmantelamiento de las instituciones públicas. Por lo que le corresponde a la Promoción de la Salud desarrollar nuevas estrategias no solo enfocadas a la medicalización en su perspectiva preventiva y a la reorganización de los servicios de salud, sino a través de la exigibilidad y abogacía para la creación de políticas públicas sanas y una verdadera reorientación de los servicios de salud, así como a la satisfacción de las necesidades básicas entre ellas el derecho a la salud, necesidades que son responsabilidad del Estado.

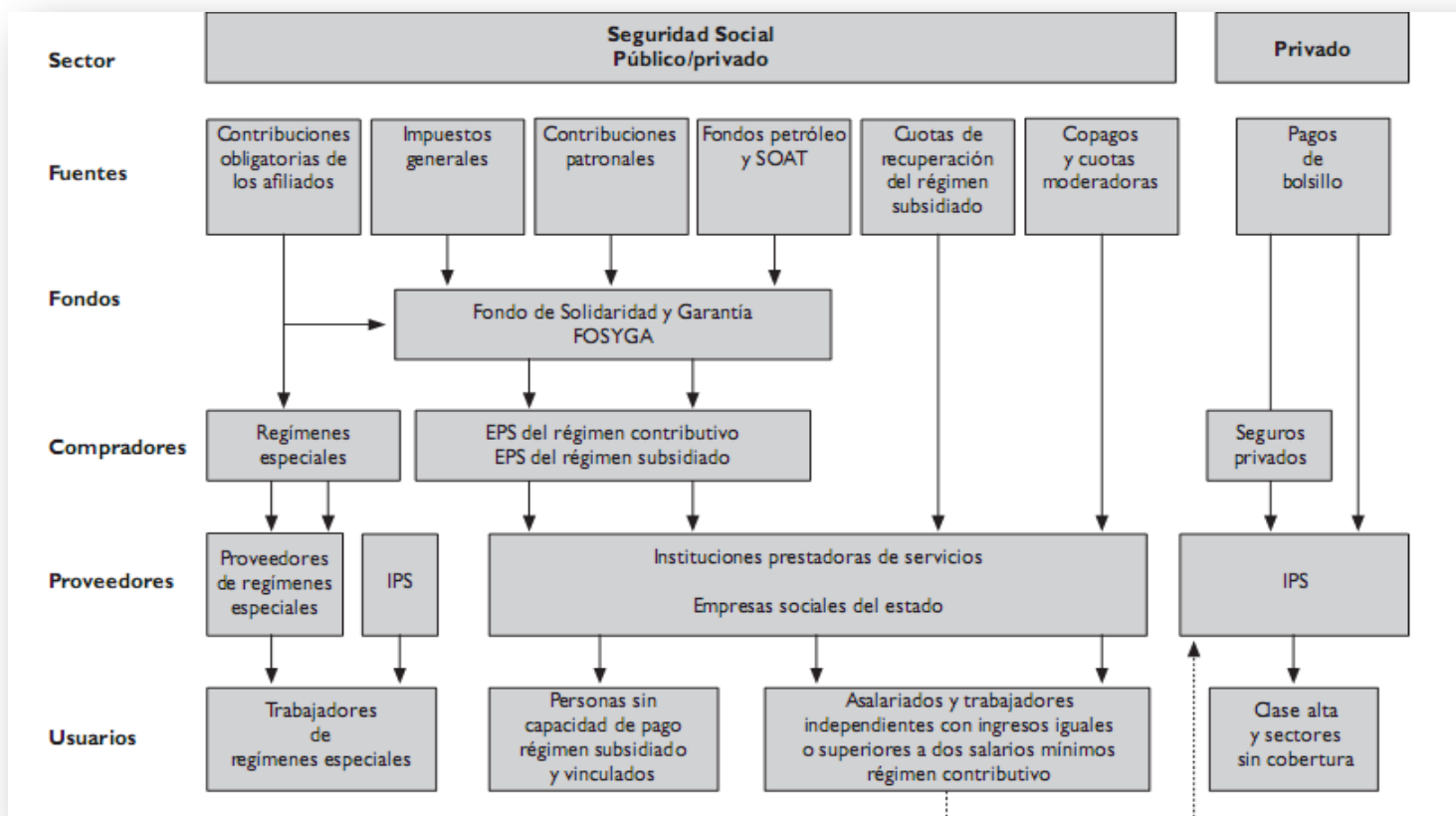
Como una autocrítica a esta investigación podemos decir que no se desarrollaron dichas estrategias, ya que se delimitó el problema y la pregunta de investigación para que este trabajo pueda ser retomado posteriormente y sirva como diagnóstico para conocer el contexto social en el que se enmarcan las reformas en salud y a partir de este desarrollar las estrategias retomando las líneas de acción de la Promoción de la Salud. La elaboración de estas propuestas estaría

enmarcadas en las líneas de acción que propone la carta de Ottawa. Sobre las estrategias que creemos que funcionarían se encuentran:

- Desarrollo de material de difusión, que incluya cual es la tendencia de las reformas en salud y cuáles son sus impactos en las condiciones de salud de la población, desmintiendo la idea de que lo privado es lo mejor
- Desarrollar capacitaciones para informar a la sociedad en que instancias debe exigir sus derechos, individuales y en colectivo.
- Desarrollo de encuestas hacia los usuarios de los servicios de salud para conocer ¿cómo perciben la calidad de los servicios de la atención a la salud? y como usuarios ¿Qué opciones darían para mejorar los servicios?

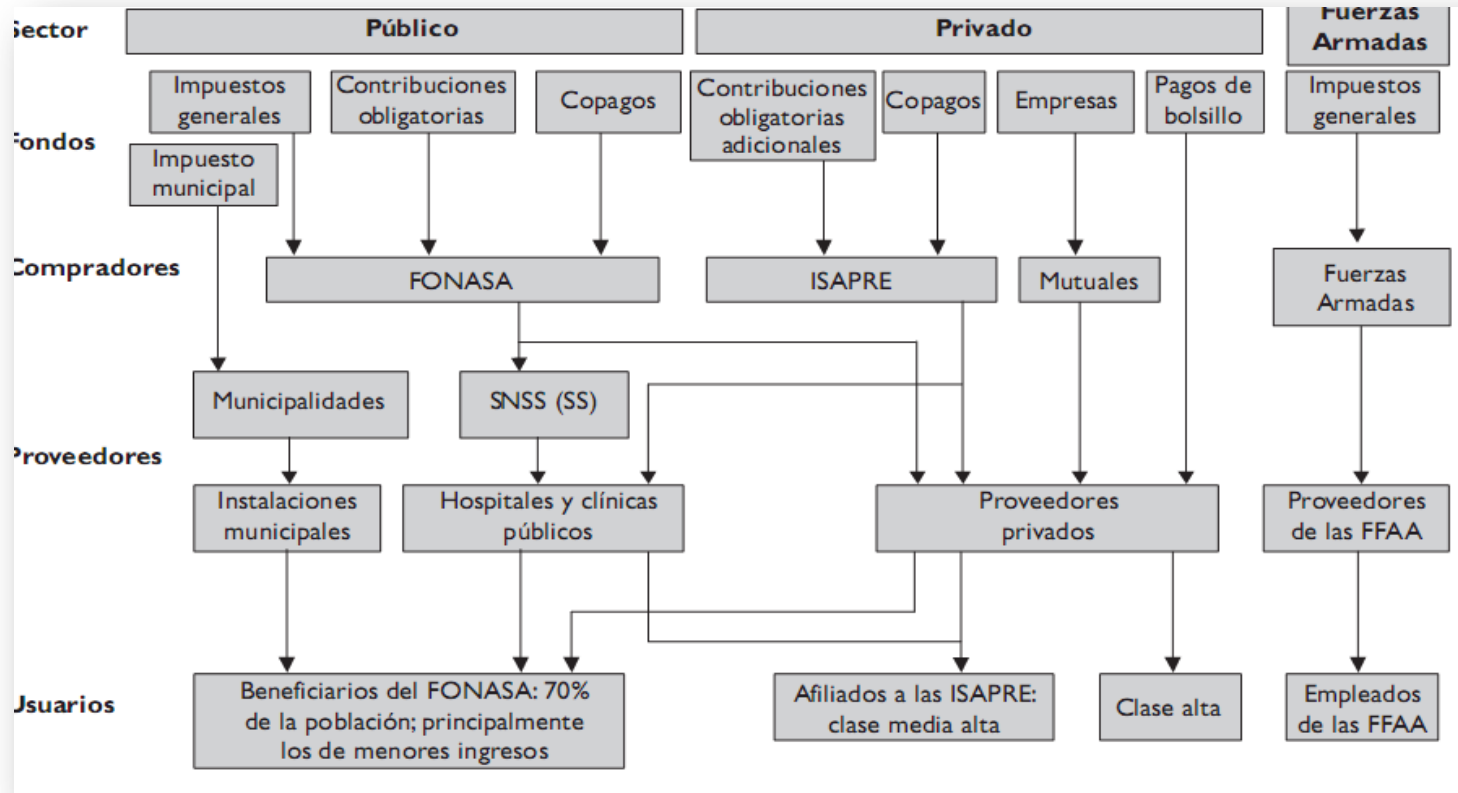
En el contexto de dichas estrategias la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) juega un papel muy importante al ser la primera universidad en México en contemplar a la promoción de la salud como una licenciatura, desde una perspectiva no solo tradicional sino interdisciplinaria con una formación crítica, científica y humanística, por lo tanto nosotros como promotores de la salud tenemos una gran responsabilidad con la sociedad para realizar estrategias para exista una verdadera reorientación de los servicios de salud por lo que los promotores de la salud, primero deben de apoderarse de esta información para después transmitirla a la población y así servir como puente para la exigibilidad de sus derechos.

Diagrama 3. Sistema de salud de Colombia.



SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito Regímenes especiales: fuerzas militares, Policía Nacional, Empresa Colombiana de Petróleos, magisterio, universidades
 EPS: entidades promotoras de salud IPS: instituciones prestadoras de servicios
 Fuente: Guerrero, R., Gallego, A., Becerril, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de Salud de Colombia. *Salud Pública de México*, 53(Suplemento 2), 144-155.

Diagrama 4. Sistema de salud de Chile

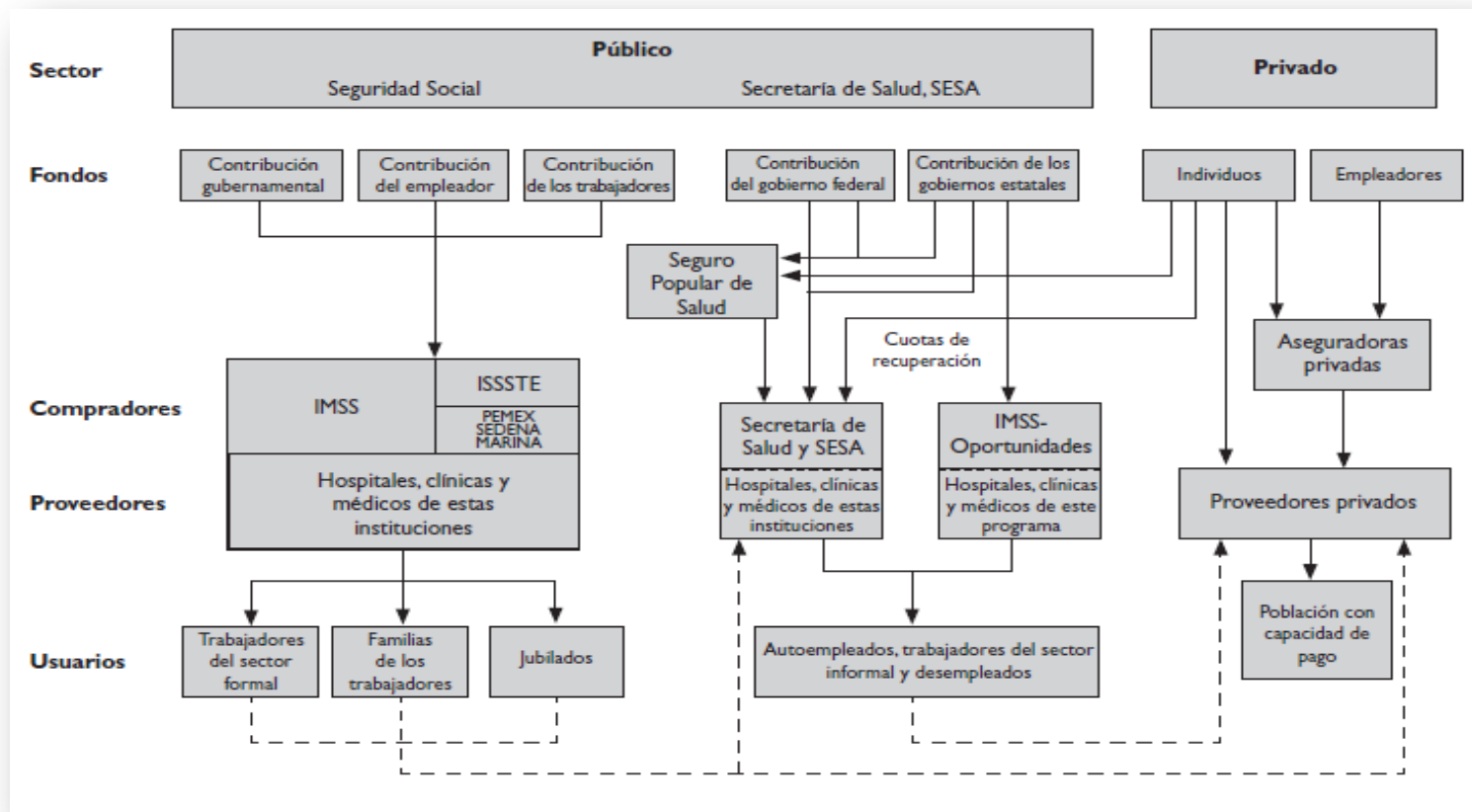


FONASA: Fondo Nacional de Salud SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud FFAA: Fuerzas Armadas (Ejército, Marina, Aviación, Policía)

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional SS: Servicios de Salud Regionales

Fuente: Becerril, V., Reyes, J. d., & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud pública de México*, 53(suplemento 2), 132-143.

Diagrama 5. Sistema de salud de México



Fuente: Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistemas de Salud de México. *Salud pública de México*, 53(suplemento 2), 220-232

Bibliografía

- ABRASCO, CEBES, ABRES, RedeUnida, & AMPASA. (Septiembre-Diciembre de 2006). Un SUS "en serio": Universal, Humanizado y de Calidad. *Salud Colectiva*, 2(3), 317-327.
- Acosta, M., Sáenz, M., Gutiérrez, B., & Bermúdez, J. (2011). Sistema de Salud de El Salvador. *Salud Pública de México*, 53(Suplemento 2), 188-196.
- Alcalde, J., Lazo, O., & Nigenda, G. (2011). Sistema de Salud de Perú. *Salud Pública de México*, 53(Suplemento 2), 243-254.
- Andersen, E. (1990). *Los tres mundos de bienestar en el capitalismo*. Nueva Jersey: Universidad de Princeton.
- Aran, D., & Laca, H. (2011). Sistema de salud de Uruguay. *Salud Pública de México*, 53(suplemento 2), 265-274.
- Arredondo, A. (2009). *Temas selectos en sistemas de salud: costos, financiamiento, equidad y gobernanza*. México: Universidad Autónoma de Yucatán.
- Ase, I. (Mayo- Agosto de 2006). La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba (Argentina): Entre la Confianza y el desencanto neoliberal. *Salud Colectiva*, 2(2), 199-218.
- Banda, H., & Chacón, S. (2005). La crisis financiera mexicana de 1994: Una visión política-económica. *Foro internacional*, 181(3), 445-465.
- Baraja, S. (2006). *Constitución de los Estados Unidos Mexicanos comentada*. México: Porrúa.
- Becerril, V., & López, L. (2011). Sistema de Salud de Guatemala. *Sistema de Salud de México*, 53(suplemento 2), 197-208.
- Becerril, V., Medina, G., & Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública de México*, 53(Suplemento 2), 120-131.
- Becerril, V., Reyes, J. d., & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud pública de México*, 53(suplemento 2), 132-143.
- Belló, M., & Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud pública de México*, 53(suplemento 2), 96-108.
- Belmartino, S. (2014). La reforma de la atención médica de la administración Obama: dificultades para un acuerdo similar en Argentina. *Salud Colectiva*, 10(1), 41-55.

- Bermúdez, J., Sáenz, M. d., Muiser, J., & Acosta, M. (2011). Sistema de salud de Honduras. *Salud pública de México*, 53(suplemento 2), 209-219.
- Blanco, J., & Lopez, O. (2007). Condiciones de vida, salud y territorio: un campo temático en (re)construcción. En E. Jarillo, *Temas y desafíos en salud colectiva* (págs. 103-125). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bonvecchio, A., Becerril, V. Á., & Landaeta Jiménez, M. (2011). Sistema de Salud de Venezuela. *Salud pública de México*, 53(suplemento 2), 275-286.
- CEFP. (2015). *Presupuestos de egresos de la Federación 2015*. México: Cámara de Diputados.
- Domínguez, E., & Zacca, E. (2011). Sistema de Salud de Cuba. *Salud Pública de México*, 53(Suplemento 2), 168-176.
- Donnangelo, M. (1976). Medicina de la sociedad de clases. En M. Donnangelo, *Salud y sociedad* (págs. 33-77). Colección fin de milenio. Serie medicina social.
- Econ, R., & Villacrés, N. H. (2011). Sistema de Salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, 53(Suplemento 2), 177-187.
- Economista. (20 de Octubre de 2009). *El Economista*. Recuperado el 1 de Junio de 2015, de El Economista: <http://eleconomista.com.mx/finanzas/2009/10/20/iva-sube-16-avalan-impuesto-telecomunicaciones>
- El-Universal. (02 de Septiembre de 2014). Peña Nieto anuncia que Oportunidades cabía a Prospera. *El-Universal*, pág. 15. Recuperado el 1 de Junio de 2015, de <http://www.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2014/ejn-nuevo-programa-contra-pobreza-prospera-1034933.html>
- Fleury, S. (Mayo-Agosto de 2007). Salud y Democracia en Brasil Valor Público y Capital Institucional en el Sistema Único de Salud. *Salud Colectiva*, 3(2), 147-157.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Argentina.
- Frenk, J. (2003). *La salud de la población. hacia una nueva salud pública*. México: FCE, SEP, CONACYT.
- Frenk, J., & Gomez, O. (2008). *Para entender el Sistema de Salud Mexicano*. México: Nostra Ediciones.
- Gallo, M. (1996). *Introducción a las ciencias sociales*. México: Quinto sol.
- Gobierno-Federal. (s.f). *Vivir mejor*. Recuperado el 08 de Junio de 2015, de vivir mejor: http://www.oic.sep.gob.mx/portal3/doc/vivir_mejor.pdf

- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knual, F., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistemas de Salud de México. *Salud pública de México*, 53(suplemento 2), 220-232.
- González, A., & Bossert, T. (2000). *Mejorando la factibilidad política de la reforma en salud: un análisis comparativo de Chile, Colombia y México*. Estados Unidos: Health sector reform initiative.
- Granados, A., Tetelboin, C., & Torres, A. (2006). Salud y seguridad social en México. redefiniciones en la política sanitaria e impacto en la provisión de servicios. En OPS, UAM-X, UNAM, & IPN, *¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos?* (págs. 76-96). México: UAM-X.
- Guerrero, R., Gallego, A., Becerril, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de Salud de Colombia. *Salud Pública de México*, 53(Suplemento 2), 144-155.
- Gutierrez, G. (22 de noviembre de 2014). Sector Público "inyecta" fondos a hospitales privados. *El Universal*, págs. 1-4. Recuperado el 18 de junio de 2015, de <http://www.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2014/impreso/sector-publico-8220inyecta-8221-fondos-a-hospitales-privados-220576.html>
- Guzmán, L., Angulo, A., García, D., & Gómez, M. (2012). *Introducción a la Promoción de la Salud*. México: UACM.
- Jorge Raú, J. I., Fernández, M., & Marcon, E. H. (Enero-Abril de 2008). Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005. Comparaciones internacionales de diferenciales socio-económicos en salud. *Salud Colectiva*, 4(1), 57-76.
- Knual, F., Arreola, H., Méndez, O., & Bryson, C. (2007). Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. *Salud pública de México*, 49(Suplemento 1), S70-S87.
- Knual, F., González, E., Gómez, O., & García, D. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud pública de México*, 55(2), 207-325.
- Laurell, A. C., & Ronquillo, J. H. (Mayo-Agosto de 2010). La segunda reforma de salud . Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud colectiva*, 6(2), 137-148.
- Laurell, C. (1997). *la reforma contra la salud y la seguridad social*. México: Fundación Friedrich Ebert.
- Laurell, C. (1999). La Política de salud en el contexto de las políticas sociales. En M. Bronfman, & R. Castro, *Salud, cambio social y política* (págs. 239-252). México: Instituto Nacional de Salud Pública.

- Laurell, C. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires: CLACSO.
- Leal, & Gustavo. (2015). Manufacturando un "Consenso" mediático. la seguridad social "universal" de Peña Nieto/ Levy. *Estudios Politicos*, 65-92.
- Ledo, C., & Soria, R. (2011). Siste de salud de Bolivia. *Salud publaca de México*, 53(suplemento 2), 109-119.
- Linares, N., & López, O. (Mayo-Agosto de 2009). Los efectos de las transformaciones del sistema publico de salud sobre la equidad en México, 1995-2002. *Salud Colectiva*, 5(2), 237-357.
- Londoño, J., & Frenk, J. (1997). Pluralismo estructurado: Hacia un modelo inovador para la reforma de los sistemas de salud en America Latina. *Salud y gerencia*.
- López, M., Ortiz, L., & Rosales, R. (2001). Transformaciones de la Secretaría de Salud en México en el contexto de la Reforma Sanitaria. *Salud Problema*, 6(10-11), 47-66.
- López, M., Ortiz, L., & Rosales, R. (Junio-diciembre de 2001). Transformaciones de la Secretaría de Salud en México en el contexto de la Reforma Sanitaria. *Salud Colectiva*, 6(10-11), 47-66.
- López, O., & Blanco, J. (1993). *La modernizacion neoliberal en salud.México en los ochenta*. México: UAM-XOCHIMILCO.
- López, O., & Blanco, J. (2001). La polarización de la política de salud en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1), 43-54.
- López, O., & Blanco, J. (16 de Noviembre de 2007). Las vertientes privatizadoras del Seguro Popular. *Salud Problema* (2), 55-62.
- López, O., & Blanco, J. (2007). Politicas de salud en México. La reestructuracion neoliberal. En E. Jarillo, & E. Guinsberg, *Temas y desafios en salud colectiva* (págs. 21-48). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Martínez, F., Castillo, G., & Agustin, S. (11 de Octubre de 2009). *La jornada*. Recuperado el 2 de Junio de 2015, de La jornada: <http://www.jornada.unam.mx/2009/10/11/index.php?section=politica&article=005n1pol>
- Menéndez, E. (Mayo-Agosto de 2005). Politicas del sector Mexicano (1980-2004): Ajuste Estructural y Pragmatismo de las propuestas Neoliberales. *Salud Colectiva*, 1(2), 195-223.
- Mercado, F., & Robles, L. (septiembre de 2008). Los usos de la investigación cualitativa en salud ¿algo más allá de la difusión de resultados? (F. d. Enfermería, Ed.) *Investigación y Educasi3n en Enfermería* , XXVI(2 Suplemento), 48-59.

- Muisier, J., Sáenz, M., & Juan, B. (2011). Sistema de salud de Nicaragua. *Salud Publica de México*, 53(Suplemento 3).
- OMS. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud* (págs. 1-4). Ottawa: OMS.
- ONU. (1948). *Declaración universal de los derechos humanos*. USA: Asamblea general de la ONU.
- ONU. (2004). *Recopilación de las observaciones generales y recomendaciones generales adoptadas por órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos*. USA: ONU.
- Ordóñez, G. (2008). El régimen de bienestar en los gobiernos de la alternancia en México. *POLIS*, 8(1), 213-240.
- Oropeza, C., Fuentes, M., & Nagore, G. (enero-febrero de 2009). Normas para la publicación de manuscritos en Salud Pública de México. *Salud Publica de Mexico*, 51(1), 79-87.
- Ortiz, M. (2006). El seguro popular: Una cronoca de la democracia mexicana. *FUNSAUD*.
- Rathe, M., & Alejandro, M. (2011). Sistema de Salud de republica Dominicana. *Salud publica de México*, 53(Suplemento 2), 255-264.
- Sáenz, M. d., Acosta, M., Muiser, J., & Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Publica de México*, 53(Suplenento 2), 156-167.
- Schroeder, F. (2006). Artículo 4°. En I. d. jurídicas, *Constitución política mexicana comentada* (págs. 70-115). México: Porrúa.
- Soberon, G., & Martínez, G. (1996). La Descentralización de lo servicios de salud en México en la decada de los ochenta. *Salud Pública de México*, 38(5), 371-378.
- Spinelli, H. (7 de Junio de 1995). *Instituto de Salud Colectiva/ Universidad Nacional de Lanús* . Recuperado el 25 de Noviembre de 2014, de Instituto de Salud Colectiva/ Universidad Nacional de Lanús : <http://www.unla.edu.ar/index.php/saludcolectiva-presentacion>
- SSa. (2014). *Gasto en Salud*. México: SICUENTAS.
- Sukel, G. (2007). Regimenes de bienestar y politicas de familia en América latina. *Gestión y financiamiento de la spoliticas que afectan a las familias*. (págs. 67-69). Santiago de Chile: CEPAL.
- Tamez, S., & Eibenschutz, C. (2008). El Seguro Popular de Salud en México:Pieza Clave de la Inequidad en Salud. *Salud Publica*, 10(Suplento 1), 133-145.

- Tetelboin, C. (1997). Problemas en la conceptualización de la práctica médica. *estudios en antropología biológica*, VIII, 487-510.
- Tetelboin, C. (2007). Políticas y reformas a los sistemas de salud en América Latina. En E. Jarillo, & E. Guinsberg, *Temas y desafíos de salud colectiva* (págs. 49-77). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tetelboin, C., & Granados, A. (2009). Transformaciones del sistema de salud mexicano. En F. Rojas, & M. Márquez, *ALAMES EN LA MEMORIA (sección de lecturas)* (págs. 562-577). La Habana: Caninos.
- Thompson, J. (1998). *Ideología y cultura moderna*. México: UAM-X.
- Torres, M. (2009). Modelo de salud colombiano: exportable en función de los intereses de mercado. En CeBes, *saúde em deBate* (págs. 207-219). Brasil : Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.
- Ugalde, A., & Homedes, N. (Enero-Abril de 2008). La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica. *Salud Colectiva*, 4(1), 31-56.
- Uribe, M., & Abrantes, R. (2013). Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades? *Perfiles latinoamericanos*, 135-162.
- Valencia, E., & Rodrigues, D. (2011). *Sistema de protección social en México a inicios del siglo XXI*. México: CEPAL.
- Velásquez, E. d. (2007). Historia del paramilitarismo en Colombia. *HISTÓRIA, SÃO PAULO*, 26(1), 134-153.

Acrónimos, siglas y abreviaturas

(ANLIS)Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de salud
(ANMAT) Administración Nacional de medicamentos Alimentos y Tecnología
(BM) Banco Mundial
(CASES)Catálogo Esencial de Servicios
(CAUSES)Catálogo Universal de Servicios
(CCCC)Control Cívico de la Corrupción
(CCSS)Caja Costarricense de Seguro Social
(CEPAL)Comisión Económica para América Latina y el Caribe
(CNPSS)Comisión Nacional de Protección Social en Salud
(COFEPRIS)Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
(CONARHUS)Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud
(CONASIDA)Comisión Nacional de Sida
(CONCASS) Consejo Consultivo de la Calidad
(CONICET)Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
(CONSALUD)Consejo Nacional de la Salud
(CRES)Comisión Reguladora en Salud
(CSSP)Consejo Superior de Salud Pública
(DERAC)Departamento de Regulación, Evaluación y control de Sistemas
(DGIS)Dirección General de Información en Salud
(DIGESA)Dirección General de Salud
(EEUU)Estados Unidos de América
(ENSA)Encuesta Nacional de Salud
(ENSANUT)Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
(EPS)Entidades promotoras de salud
(EZLN)Ejército Zapatista de Liberación Nacional
(FASSA)Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
(FASSP)Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona
(FMI)Fondo Monetario Internacional
(FONASA)Fondo Nacional de Salud
(FPGC)Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
(Funsalud)Fundación Mexicana para la Salud
(HRW)America de Human Rights Watch
(IGSS)Instituto Guatemalteco del Seguro Social
(IMSS) Instituto Mexicano del Seguro Social
(IMSS-O)Programa IMSS-Oportunidades
(INIQUIS)Índice de Inequidades en Salud
(INS)Instituto Nacional de Seguros
(INSP)Instituto Nacional de Salud Pública
(INVIMA)Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
(IPS)Instituciones Prestadoras de Servicio

(ISP)Instituto de Salud Pública
(ISSSTE)Instituto de Servicios Sociales y Salud de los Trabajadores al Servicio del Estado
(IVA)Impuesto del valor agregado
(JUNASA)Junta Nacional de Salud
(LGS)Ley General de Salud
(MIDAS)Modelo Integrado de Atención a la Salud
(MINSAL)Ministerio de Salud
(MINSAL)Ministerio de Salud
(MINSAP)Ministerio de Salud Pública
(MPS)Ministerio de Protección Social
(MS)Ministerio de Salud
(MSD)Ministerio de salud y deporte
(MSPAS)Ministerio de Salud Pública y asistencia Social
(OCDE)Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
(OG/14)Observación General No.14
(OMS)Organización Mundial de la Salud
(OPS)Organización Panamericana de la Salud
(OSC)Organizaciones de la Sociedad Civil
(PAN)Partido de Acción Nacional
(PASE)Programa de Alimentación, Salud y Educación
(PEMEX)Petróleos Mexicanos
(PIB)Producto Interno Bruto
(PPA)Paridad de Poder Adquisitivo
(PRD)Partido de la Revolución Democrática
(PRI)Partido Revolucionario Institucional
(PROGRESA)Programa de Educación, Alimentación y Salud
(Pronasol)Programa Nacional de Solidaridad
(PSEAC)Proceso salud-enfermedad-atención y cuidado
(RC)Régimen contributivo
(REPSS)Régimen de Protección Social en Salud
(RPS)Régimen de Política Social
(SEDENA)Secretaría de la Defensa Nacional
(SEMAR)Secretaría de Marina
(SES)Sistemas Estatales de Salud
(SESA)Sistemas Estatales de Salud
(SICUENTAS) Sistema de Cuentas en Salud a nivel federal y estatal
(SILAIS)Sistemas Locales de Atención Integral en salud
(SISNIVEN)Sistema Nicaragüense de Vigilancia Epidemiológica Nacional
(SMMG)Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos
(SNIS)Sistema Nacional Integrado de Salud
(SNS)Sistema Nacional de Salud
(SNS)Superintendencia Nacional de Salud
(SP)Seguro Popular
(SPSS)Sistema de Protección Social en Salud

(SS)Secretaria de Salud

(SSA)Secretaria de salud

(SUS)Sistema Único de Salud.

(TLCAN)Tratado de libre Comercio de América del Norte

(UNICEF)Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia