

“Neoliberalismo y política sanitaria en México”

Tamez, S*. , Eibenschutz, C*. , Camacho, I**., Hernández, E**. Universidad Autónoma Metropolitana. Xochimilco. Departamento de Atención a la Salud

Introducción

Una de las características del modelo neoliberal desde los inicios de su instauración, fue mercantilizar servicios que hasta entonces eran considerados por el Estado mexicano como derechos sociales tales como la salud y la educación. A partir de entonces (1982), se han sucedido varias reformas que han servido a ese propósito en todos los campos de la política social. El impacto de esa situación se expresa en una profundización de las inequidades y desigualdades en salud, sustentadas en un modelo excluyente que tiene como base la injusticia social.

En este documento revisaremos los principales antecedentes de la conformación y evolución del Sistema Nacional de Salud en México, desde sus inicios hasta la actualidad. En este análisis, se hace énfasis en las dos últimas décadas, en las cuáles se han realizado los principales cambios impuestos por el neoliberalismo. Se trata de un análisis crítico cuyo propósito central es contender con la versión extensamente difundida por la visión oficial del “gran éxito” de las reformas, mostrando una situación que plantea para el futuro mayor inequidad y desigualdad social en salud para la población mexicana.

1. Antecedentes de la Política Sanitaria en México

Si se analiza la Política de Salud desde la perspectiva del biologicismo positivista, su función es interpretada como el principal medio de resolver los problemas de salud de la población. Sin embargo, en un análisis desde las ciencias sociales, se hacen aparentes otras funciones frecuentemente no explícitas que acompañan al anterior objetivo del cuidado de la salud. Es decir, la mirada desde lo social nos muestra aspectos que según el momento histórico y la coyuntura política pueden tener un peso enorme en su definición (Eibenschutz, 1992).

Vista desde esta perspectiva teórica, la Política Sanitaria proviene de la formulación desde un centro de poder en la sociedad, principalmente desde el Estado y

de sus instituciones, que atienden la salud y la enfermedad y se expresa en los Programas de Salud nacionales y estatales. En dichos programas se definen aspectos fundamentales como financiamiento, cobertura, modelos de atención, infraestructura y organización de los servicios. Sin embargo, esta política puede ser declarativa o real, es decir explícita y no explícita. Las funciones no explícitas de la Atención a la salud y de la Política Sanitaria son: a) ideológicas; b) políticas y; c) económicas.

Entre las funciones ideológico políticas (imposibles de separar) se encuentran garantizar la paz social, reproducir las relaciones de poder, construcción permanente de la hegemonía, legitimación del Estado y la referente a la concepción social de la enfermedad. Entre las económicas se encuentran la apertura de mercado, el consumo amplio de bienes que generalmente dinamiza en forma importante la economía del sector privado de los insumos médicos y farmacéuticos y más recientemente la Atención Médica, que en sí misma se ha transformado en un mercado valioso para la iniciativa privada.

En México, las diferentes etapas del Estado se corresponden con diferentes políticas de Salud. A diferencia de otros países de América Latina, la Reforma Juarista del siglo XIX obligó al Estado Mexicano a responsabilizarse de la infraestructura de salud principalmente en lo referente a los centros de salud, hasta entonces en manos de la iglesia. Es a partir de la Revolución Mexicana, que el Estado consolida la política sanitaria como un elemento legitimador que coadyuva junto con el corporativismo a mantener su hegemonía durante los años del llamado desarrollo estabilizador 1938-1968 (Eibenschutz, 1981).

El régimen emanado de esa revolución social tenía como principio fundamental la intervención del Estado en la promoción del crecimiento económico y el bienestar social a través de la educación, la estabilidad en el empleo y la atención a la salud. Así, en los inicios de los años 40 se crean la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA¹) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la primera dirigida a atender a toda la población y el segundo a reproducir y mantener la fuerza de trabajo formal para facilitar la industrialización favorecida por el denominado período de sustitución de importaciones.

¹ Creada en 1943 producto de la fusión de las entonces Secretaría de Asistencia Pública y la Secretaría de Salubridad. Actualmente se llama Secretaría de Salud (SSa) según lo establecido en el decreto publicado en el diario oficial de la Federación del 21 de enero de 1985.

En la década de los 50's estaban cubiertas las necesidades de salud de los sectores económicos más dinámicos ya que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) afiliaba a los trabajadores de la industria, la creciente burocracia estatal estaba cubierta por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Los trabajadores de los sectores más dinámicos de la producción como los petroleros asistían el Instituto de Seguridad Social de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y el ejército también contaba con seguridad social especial (Hernández, 1982). El resto de los mexicanos, formaban parte de lo que se denominó "población abierta" , que era atendida directamente por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y sus Servicios Coordinados en los Estados.

La cobertura de la Seguridad Social y sus Instituciones nunca llegó a ser mayor del 50% de la población pero brindaba una atención de alta calidad que llegó a ser modelo para América Latina ya que cubría al trabajador y a su familia y brindaba una atención en la que se empleaba la tecnología médica de punta, incluso superior al entonces sector privado. Por su parte, la SSA, desde la época Cardenista y durante los años de estabilidad mostró un crecimiento importante en lo que toca centros de Salud e infraestructura hospitalaria en los estados.

No obstante, a partir de la década de los 80's el panorama cambió radicalmente. El pago de la deuda hizo crisis y como respuesta, especialmente en América Latina, se impulsaron las políticas de Ajuste Estructural impuestas por el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), en un periodo que anunciaba la adopción del modelo neoliberal por parte del Estado Mexicano. A pesar de todo, en los 80's el Instituto Mexicano del Seguro Social seguía siendo la institución más fuerte del sector lo que le permitió asumir en esa etapa de transición, la aplicación de un modelo especial de extensión de cobertura al medio rural y a las zonas marginadas, financiado desde la presidencia, llamado Programa IMSS-COPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados) (COPLAMAR, 1983).

Sin embargo, conforme se expresaban con mayor claridad por parte de los presidentes en turno, Miguel de la Madrid y Carlos Salinas las intenciones de preparar las condiciones del pleno despliegue de la economía de mercado, este programa fue desapareciendo y con la creación del SNS a principios de los noventa, fue pasando a los estados descentralizados. Finalmente, en la misma década, la política de extensión de cobertura fue sustituida por el Programa Oportunidades con una orientación clara de

financiar al usuario, centrado en la familia y más concretamente en la mujer y que perfilaba la futura política neoliberal del cuidado de la salud dictada por el BM en los albores del nuevo milenio: la protección social con su versión actualizada denominada manejo social del riesgo.

2. La reforma de los servicios de salud en México

En los inicios de la década de los ochenta, el sistema de salud era muy heterogéneo, caracterizado como un mosaico muy diverso de ofertas pública o privada y que brindaba fundamentalmente atención curativa, con cobertura incompleta, excesivamente centralizado y con serios problemas organizativos (Eibenschutz y Raphael, 1992). Estos aspectos fueron utilizados como argumentos oficiales para justificar la reforma del sector salud. A partir de entonces se han realizado cambios cuyo propósito central es promover y estimular la privatización del cuidado de la salud y que tuvieron y tienen en la actualidad como piedra de toque la mercantilización de los servicios relativos al cuidado de la salud.

Antes del desarrollo de los siguientes apartados, es necesario plantear que, aunque en su desarrollo se enfatizan las diferencias entre los diferentes periodos considerados, a partir de los ochenta y hasta la actualidad ha quedado muy claro que la reforma de las instituciones encargadas del cuidado a la salud es un proyecto “trans-sexenal”, que independientemente del presidente en turno, persigue fortalecer el modelo neoliberal en curso.

2.1. Orígenes y periodización del proceso de reforma

La reforma mexicana del Sistema Nacional de Salud (SNS) es una expresión de la obediencia de los gobiernos a las propuestas de organizaciones internacionales como el Banco Mundial (Giugale et al., 2001). Si bien estas organizaciones trataron de justificar los cambios propuestos como un medio para aumentar la eficiencia y la equidad de los servicios, con el tiempo ha sido cada vez más evidente que su verdadero propósito fue la creación de nuevas formas de relación entre los sectores público y privado del cuidado de la salud con la emergencia del denominado “*mix* público-privado” (OMS, 1991). En otras palabras, estas organizaciones internacionales y sus propuestas desempeñaron un importante papel en la creación del ambiente en el que la expansión

del sector privado fuera vista como una necesidad en nuestro país (Tamez y Valle, 2005).

Atendiendo a las transformaciones sucesivas experimentadas por el Estado mexicano hacia el modelo neoliberal, el proceso que siguió la reforma del SNS puede ser estudiado en tres periodos fundamentales. El primero es el período que va de 1982 a 1988, cuando durante el llamado “cambio estructural” se ensayaron los primeros pasos para allanar el camino a la reforma, pero sobre todo con la intención de hacerla coincidir con la reestructuración económica y política. El segundo período (1988-2000) incorpora los cambios que prepararon las condiciones para viabilizar la reforma, eliminando los principales obstáculos legales y corporativos. Dentro de estos, destacan la creación del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), con el objetivo de “capitalizar” el régimen de pensiones por medio del establecimiento de cuentas individuales y la reforma a la Ley del Seguro Social, que junto a los puntos contenidos en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, delineaba la estrategia de este proceso. El tercer periodo sería la primera década del 2000, lapso en el que se han ido concretando los cambios que configuran un sistema cuya estructura y organización están en concordancia con la privatización de la atención a la salud (Soberón, 2001).

2.1.1 1982-1988. El cambio estructural

El periodo denominado “cambio estructural” comenzó en 1982 y fue dirigido principalmente a los países de América Latina. En México y, concretamente en el ámbito de la salud, inicia con las adiciones y modificaciones al artículo 4º de la Constitución que efectivamente eleva el derecho a la protección de la salud a rango constitucional. Estas modificaciones legales se realizaron en un contexto de múltiples y profundas transformaciones en toda la administración pública y el papel del Estado con respecto a sus responsabilidades económicas y sociales acordes con las transformaciones a nivel mundial de adelgazamiento de los Estados Nacionales. Como ya se dijo anteriormente, estos cambios estuvieron enmarcados por la crisis del pago de la deuda de los países “subdesarrollados” o “en vías de desarrollo”, cuyos efectos más evidentes en México fueron la drástica devaluación del peso y el crecimiento exponencial de la inflación.

Dentro de un contexto de crisis económica, la caída real de ingresos para el sector salud, junto con la presión para “eficientar” los recursos, provocaron una desaceleración en el crecimiento de la cobertura. La reducción de la participación del

gasto en salud dentro del gasto público federal, entre 1982 y 1986, llegó a ser del 47.1%, lo que se tradujo en deterioro de la calidad de los servicios y en reducción de los salarios reales de los trabajadores, médicos y enfermeras del SNS (Córdoba, Leal y Martínez, 1988).

En relación a la evolución de la cobertura (potencial y/o legal²), entre 1982 y 1990, la proporción de la población cubierta por el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), descendió de 52.1% a 46.7%. La cobertura por parte del ISSSTE, en el mismo período, se mantuvo constante de 10.6% a 10.0%. Por su parte, la Secretaría de Salubridad y Asistencia elevó su cobertura de 22.3% a 28.8% (Valdés, 1984). Dentro de esta perspectiva, la descentralización de los servicios ocupó un lugar central y para 1985 la SSA había descentralizado bajo este esquema 14 entidades. Sin embargo, el proceso de descentralización no fue al mismo tiempo un proceso de democratización, pues se llevó a cabo desde “el centro”, es decir, desde la Federación, lo que le imprimió un carácter autoritario, prestando poca atención a las características demográficas, étnicas, económicas y epidemiológicas de la propia población de las distintas entidades federativas. (Cardozo, 1993)

Políticamente, los cambios impulsados en este periodo apuntaban a cambiar la correlación de fuerzas entre las instituciones de salud, asignando el papel de cabeza de sector a la SSA. Esta propuesta ocasionó una seria resistencia por parte de los distintos actores involucrados en la prestación de los servicios y muy especialmente por los funcionarios del IMSS en ese entonces representados por su director el Lic. Ricardo García Sáinz. Por su parte, el movimiento obrero organizado sintió sus intereses amenazados e intentó obstaculizar. Otro grupo que puso resistencia fue el sector privado y afirma que “las empresas que podrían ver su acceso exclusivo a los bienes y servicios y su cuota de poder amenazados, bajo el liderazgo del IMSS”, formaron un grupo que ofreció resistencia a la iniciativa de coordinación de las diferentes instituciones del sector otorgando la rectoría a la SSA. (González *et. al* 1995).

² Población potencial tal como la define el SNS “... aquel segmento de la población abierta a la cuál puede brindarse atención médica de acuerdo con los recursos humanos y/o materiales disponibles. Representa la capacidad de oferta de servicios”; y la población legal “...es el conjunto de personas con derecho a recibir prestaciones en especie o en dinero conforme a lo establecido por la Ley. Este grupo incluye a los asegurados directos o cotizantes, a los pensionados y a los familiares o beneficiarios de ambos”. Se denomina población usuaria a la que realmente hace uso de los servicios de salud a los que tiene derecho. SNS. Boletín de Información Estadística. No. 10. 1990.

2.1.2 1988-2000. Establecimiento de las bases de desarrollo de la propuesta neoliberal

Con el objetivo de sentar las bases socioeconómicas para impulsar la “liberalización económica”, el periodo presidencial de Salinas de Gortari promovió la profundización del proceso de privatización de los recursos de la nación como requisito para la “apertura” al mercado mundial. Aunque el SNS mantuvo las características generales definidas en el sexenio anterior, se hicieron algunos cambios que perfilaron las líneas en que se desarrollaría. El programa de descentralización fue suspendido y en su lugar se introdujeron programas focales dirigidos a los grupos de población más pobres.

Sin embargo, la continuidad del proceso de descentralización no pasó del papel. La estrategia de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) recomendada por la OPS para promover la descentralización de la salud a nivel regional, se topó de frente con “el país real”. Al no lograr darle continuidad a los ingresos recaudados desde las entidades federativas, la estrategia de los SILOS significó, “en los hechos, una reconcentración de las 14 entidades descentralizadas” (González Block, 1997). Al final de este sexenio (1994), en el gasto de servicios de salud el gobierno federal había contribuido con el 83%, las entidades federativas solo con 10%, y el privado con el restante 7%.

Este hecho se explica al considerar que la apuesta de política social, a través de la poderosa Secretaría de Desarrollo Social del gobierno salinista estuvo en el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) que empezaba ya a perfilar lo que más tarde sería la política de protección social formulada desde el BM. La forma discrecional y “casuística” en que se asignaba el presupuesto (para construcción de caminos, calles y viviendas, sistemas de drenaje, alumbrado público, etc.), fue un medio para reforzar la credibilidad del gobierno y la próxima sucesión presidencial para el periodo 1994-2000. PRONASOL también se hizo cargo de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), basada en la estructura del IMSS, instancia que mantuvo el subsidio del gobierno pero que cambió su nombre por el de IMSS-Solidaridad (González et al. 1995).

Otro hecho que define el rumbo de los cambios realizados es la firma del Tratado de Libre Comercio con América del Norte (TLC), aprobado en 1992 y puesto en marcha el primer día del año 1994. En este documento, las leyes y reglamentos federales fueron modificados para permitir a las empresas internacionales participar en el aseguramiento

privado, lo que se tradujo en un aumento considerable de los seguros médicos de prepago (Tamez et al. 1995). Por otra parte, el crecimiento de un complejo médico industrial, basado en la alta tecnología, las redes de servicios, y en el consumo de productos farmacéuticos, se vio favorecido a través de incentivos económicos y jurídicos (Laurell y Ortega 1991). Fue también durante este período que se llevó a cabo uno de los cambios más importantes, que iba a allanar el camino para una nueva propuesta de reforma de la seguridad social. Este cambio fue la creación del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR, los ahorros para el sistema de jubilación), por el cual los fondos colectivos fueron sustituidos por fondos individuales, y cuya administración fue transferida del sector público a los bancos privados.

2.1.2.1 El Programa de Reforma del Sector Salud y la reforma a la Ley del Seguro Social

En medio de la crisis económica producto del denominado “error de diciembre” y de una guerra en el sureste mexicano, en 1995, el presidente Ernesto Zedillo, estableció los objetivos de la reforma del sector salud a través del Plan Nacional de Desarrollo (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1995). El programa “Solidaridad” del sexenio anterior fue sustituido por “Progresá”. Fue en 1994 que la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), presentó un plan de reestructuración de todo el sector. El plan se basaba en un análisis detallado de los servicios de salud, así como en la caracterización del perfil epidemiológico. FUNSALUD definió al SNS como inseguro, injusto, insuficiente, ineficaz, de baja calidad y demasiado caro (Frenk et al. 1994). Por su parte, en el Plan Nacional de Desarrollo (1994-2000), se propuso la diversificación de la prestación de los servicios de salud y de los planes de financiación. El documento oficial también reconoció la necesidad de cambiar radicalmente la financiación de las pensiones de jubilación del Instituto Mexicano del Seguro Social sobre la base del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), creado en 1992.

La segmentación del sector de la salud será tan enfatizada que se requerirá de dos procesos de reforma simultáneos: uno para hacer frente al sistema de seguridad social y el otro para hacer frente a la asistencia sanitaria pública de servicios para la población general. La ampliación de la cobertura se lograría por medio de un paquete básico de servicios (SSa, 1996). Ese modelo estratificaba a la población en tres grupos:

los que tenían seguro privado, incluyendo nuevas formas de planes de seguros; los que la tenían seguridad social extendida y aquellos con acceso en los estados a los sistemas públicos de atención de la salud que incluían servicios de la Secretaría de Salud y el IMSS-Solidaridad. El último con la intención de ampliar la cobertura a los 10 millones de personas que en ese momento se consideraba no tenían acceso a la atención a la salud. En el marco del nuevo modelo, la SSa tendría el papel de la regulación y la función de establecer las normas para todo el sector salud.

Los motivos esgrimidos en favor de la reforma del sector fueron el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, y la imposibilidad de aumentar las contribuciones. Se hizo especial hincapié en el envejecimiento de la población, considerando la jubilación como la principal causa de la baja en las cotizaciones. Además, el número excesivo de empleados del IMSS y su contrato colectivo de trabajo fueron culpados de gran parte de los problemas financieros de la institución (IMSS, 1995). A pesar de las indicaciones de rechazo por parte de diversos sectores, en especial los empleados del IMSS, la iniciativa fue aprobada en diciembre de 1995 y entró en vigor en 1997 y con este hecho se consumó el golpe a la seguridad social, requisito indispensable para el crecimiento y expansión de la atención médica privada.

2.1.3 El nuevo siglo: continuidad de las tendencias de reforma

El nuevo milenio fue escenario de la instauración de la concepción que el Banco Mundial había dado a la protección social y que venía en los hechos a suplantar las aspiraciones de la universalización de la seguridad social como meta del Estado mexicano antes del modelo neoliberal. En términos del Banco, la protección social es entendida como las “Medidas del sector público para proveer seguridad de ingresos a las personas”, las cuales, de acuerdo con el autor, deben ser promovidas “...en tiempos normales y en periodos de crisis cuando los individuos se tornan más vulnerables” (Holzman y Jogensen 2003). En el mismo documento se reconoce que el principal objetivo de la protección social es “...la reducción efectiva de la pobreza”. Es decir, los argumentos oficiales que además de lo económico justifican en la situación de salud y los perfiles epidemiológicos los cambios de la denominada “tercera ola de reformas” (Frenk *et al*, 2004), termina siendo un recurso retórico, pues, aunque ciertamente existe

preocupación al respecto, el énfasis de la propuesta traduce un interés prioritariamente económico.

Como resultado del reconocimiento del fracaso de la lucha contra la pobreza, el BM diseñó una propuesta que modificaba la concepción de protección social y que influyó de manera decisiva las tendencias de la política de salud. Se trataba de responder a la necesidad de realizar “.....un cambio conceptual de Protección Social a Manejo Social del Riesgo” (“social risk management –SRM”) y también de la noción de “pobreza” a la de “vulnerabilidad” (Holzmann y Jorgensen, 2003).

Desde la perspectiva de los autores, el manejo social del riesgo (MSR) es concebido como un nuevo marco conceptual que a la vez que redefine, amplía el concepto de protección social (PS). Reconocen que este último está siendo ampliamente discutido dentro de la agenda internacional, debido tanto a la supuesta ampliación de oportunidades que brinda la globalización económica como a los “dramáticos efectos” de las crisis financieras. Al proponer un nuevo marco que redefine y va “más allá” del concepto tradicional de protección social (entendido sucintamente como “medidas del sector público para proveer seguridad de ingresos a las personas”), los autores consideran que el MSR se basa en la idea de que todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a distintas modalidades de riesgo, tanto naturales (terremotos, inundaciones, enfermedades) como sociales o producidas por el hombre (desempleo, guerras, deterioro ambiental, etc.). El aspecto principal que los autores consideran de estos riesgos es su capacidad de afectar negativamente los ingresos de las personas, familias y/o comunidades, y por lo tanto, su capacidad de generar y profundizar la pobreza. No se trata, entonces, de prevenir, mitigar y superar los riesgos sociales propiamente dichos, sino de brindar instrumentos que contribuyan a evitar que las personas, familias y/o comunidades, al enfrentarse a estos riesgos, caigan por debajo de cierto umbral de pobreza o se vuelvan incapaces de salir de ella (Holzman y Jorgensen, 2003).

Esta propuesta, por lo tanto, está principalmente enfocada a los pobres, a la mitigación de la pobreza extrema y a brindar instrumentos a los pobres para que “salgan” de su situación y sean capaces de asumir mayores riesgos (entendiendo aquí “riesgo” como las actividades que tienden hacia la búsqueda de mayores ingresos: inversiones, créditos, etc.). Redefine la protección social no porque extienda el

pretendido carácter de universalidad de acceso a los servicios sociales, sino porque incluye además del sector público, al mercado y a lo que considera sistemas informales de protección frente al riesgo: las familias y comunidades.

Dentro de la discusión sobre el Estado de Bienestar, el nuevo concepto de protección social propuesto por los autores no se basa ya en la idea de la necesidad de la redistribución del ingreso, sino que consideran posible lograr el bienestar individual y colectivo mediante la puesta en práctica de políticas macroeconómicas y fiscales que permiten, tanto el crecimiento económico, como el combate a la “pobreza crítica”.

Uno de los objetivos declarados de esta propuesta es contribuir a formular políticas tendientes a fortalecer la cohesión social y aumentar la inclusión social. Los autores parten del supuesto (la “evidencia”) de que aún en condiciones de crecimiento económico sostenido, seguirá habiendo “pobres que no pueden participar en un proceso de crecimiento con uso intensivo de mano de obra” (Holzman y Jorgensen, 2003). Estos pobres son los excluidos de las “ventajas comparativas” de la globalización económica, a los que si se quiere mantener cohesionados, “integrados”, habrá que brindar instrumentos y oportunidades para que salgan de su pobreza crónica y puedan “involucrarse en actividades más riesgosas, pero a la vez de mayor rentabilidad”, o sea: lograr que asuman una disposición emprendedora y nada crítica ante el sistema de dominación.

Estas propuestas del Banco Mundial fueron retomadas por el entonces Secretario de Salud Julio Frenk y sus colaboradores de siempre en un documento publicado en 2004 (Frenk *et al*, 2004). En este documento lo que se enfatiza de la propuesta del Manejo Social del Riesgo es lo que se denomina en la misma como “financiamiento justo” y se pone como ejemplo al Seguro Popular de Salud (SPS). Al respecto se dice: “...El financiamiento del Seguro Popular de Salud es tripartito ya que cuenta con recursos provenientes del gobierno federal, los gobiernos estatales y las familias beneficiarias. Este diseño homogeneizará las fuentes de financiamiento entre el IMSS, el ISSSTE y el Seguro Popular”.

Posteriormente, en 2005 el Banco Mundial publica otro documento que delimita aspectos centrales del financiamiento de este tipo de modelos. En ese año, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución (WHA58.33) sobre la “Financiación sostenible

de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad” (WHO, 2005) en la que se establecen como premisas fundamentales el prepago y la “mancomunación” de recursos, en correspondencia a una idea de aseguramiento más que de cobertura universal a partir de un seguro de salud. Se construye así un argumento a favor de los seguros, públicos y/o privados, porque al diluir o compartir el riesgo, permiten reducir la trampa de la pobreza impulsada por la falta de recursos para atenderse, disminuir los “gasto catastróficos” por el tratamiento de una enfermedad y acrecentar el “capital humano”.

Dentro del marco del BM y respondiendo a sus objetivos, a partir del año 2000 se diseñó y aplicó el Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006, que fue titulado “La democratización de la salud en México”. En éste se planteó la necesidad de “alinearse las políticas fiscales con las políticas de salud mediante el estímulo al prepago por la atención a la salud” (SSa, 2001). En el documento “La Reforma de la Salud en México” (FUNSALUD, 2001), basado en el Informe sobre la Salud en el Mundo de 2000 (WHO, 2000), se presentan 4 acciones prioritarias para lograr las metas del PNS 2001-2006, a saber: a) establecer el seguro nacional de salud (actualmente Seguro Popular de Salud-SPS); b) separar el financiamiento de la prestación de servicios; c) incentivar la participación del sector privado en el cuidado de la salud y d) crear un fondo nacional de salud pública (Soberón, 2001). Aunque todavía no se ha concretado pues la SS sigue brindando servicios, en el texto mencionado, la separación de funciones se centró en el cambio del papel del ministerio de salud, limitándolo a la recaudación y normatividad de las demás instancias del SNS, al margen de la prestación de servicios. En la seguridad social, las cuotas del seguro de enfermedad y maternidad fueron transferidas a un organismo autónomo, denominado Fondo Solidario de Salud (FSS), orientado a asegurar el “techo financiero” y transferir los recursos a las administradoras de salud, las cuales pueden ser públicas o privadas.

La principal razón que fue esgrimida a favor de incentivar la participación privada en la prestación de servicios de salud fue la saturación de los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social. Por su parte, la propuesta gubernamental, con claros tintes privatizadores, señala que ante la imposibilidad de atender a la “nueva población derechohabiente”, constituida por los grupos cotizantes más altos y por los trabajadores de la economía informal, se debe utilizar la infraestructura disponible a través de

establecimientos privados mediante un financiamiento público. En la actualidad este proceso de transformaciones tiene como principal pivote la expansión del SPS pues, como ya se dijo anteriormente, este programa garantiza masivamente la expansión de la mezcla público-privada de la atención médica.

Al final del sexenio de Fox, era ya posible observar una configuración diferente del Sistema Nacional de Salud, con una clara separación entre instituciones administradoras del financiamiento y prestadoras de servicios, que a diferencia del esquema anterior, en el que sólo podían ser públicas, podían ser privadas. Esto plantea desde entonces una segmentación del sistema que, aunque sigue teniendo como característica fundamental la separación entre población asegurada y no asegurada, abre para ambas, una diversidad de servicios a los que estos grupos podrán acceder a partir de seguros privados, de acuerdo a su capacidad de pago.

Esta nueva estructura del SNS, cuyos cambios radican en la inserción del sector privado en sus diferentes niveles y la emergencia definitiva en México del denominado *mix* público-privado de la atención médica, se concreta en el SPS, el cual tiene como rasgo intrínseco el traslado de recursos del sector público al privado (Tamez y Moreno, 2000). La nueva estructura del SNS anticipa una recomposición de la segmentación de la población con base en una nueva forma de acceso diferencial a los servicios de salud. Así, el acceso de la población a la atención médica ha sido redefinido, conformándose un grupo bajo la cobertura de la seguridad social, compuesto fundamentalmente por trabajadores de la economía formal de media y baja cotización (los afiliados al IMSS y al ISSSTE); otro grupo, proveniente de la economía informal, población pobre no asegurada que, en el mejor de los casos, tendrá acceso a los servicios brindados por las instituciones estatales de salud, compitiendo por la atención con los grupos bajo el SPS; y un tercer grupo, que a partir del SPS, accederá a servicios privados de acuerdo a su capacidad de pago, compuesto por los grupos de mayor cotización a la seguridad social, sectores de la economía informal y la población de clase media no asegurada y lo que es peor, la tendencia muestra que los funcionarios del gobierno actual quieren orientar al sector a las propuestas banco-mundialistas arriba mencionadas.

La parquedad de los recursos a la que se ha sometido desde hace más de veinte años al sub-sector público, ha producido un deterioro de los servicios. Dentro del nuevo esquema, este sub-sector queda en desventaja para competir con el privado. Así, el

análisis de la evolución de los recursos y de los servicios durante la década pasada confirma la conformación de un sector público mucho menos fuerte que en el pasado, sobre todo en lo relacionado con la cobertura de servicios de segundo y tercer nivel, en correspondencia con la expansión del sub-sector privado a expensas del crecimiento de diversas formas de aseguramiento (Tamez y Valle, 2005).

2.1.3.1 El Seguro Popular de Salud (SPS), “brazo operativo” del modelo de “Protección Social” hacia una desnaturalización del cuidado de la salud.

El SPS inició su fase piloto en octubre de 2001 en cinco estados de la República (Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco), y constituyó el “brazo operativo” del Sistema de Protección Social en Salud a partir del 1º de enero de 2004, cuando entraron en vigor las adiciones a la Ley General de Salud (LGS, 2003), que sustentan las acciones de protección social en salud que ofrecerán las entidades federativas. Según la versión oficial, su principal objetivo es sustituir el pago de bolsillo de las familias por el prepago, condición indispensable para el financiamiento de los seguros médicos y para la expansión del sector privado.

La población objetivo fueron las familias de los seis primeros *deciles* de la distribución de ingreso que no son derechohabientes de la seguridad social, residentes en el territorio nacional y que tuvieran acceso a unidades de salud con capacidad y calidad suficiente para ofrecer la prestación de los servicios médicos (PNS, 2001). Los servicios ofrecidos por el SPS se dividen en servicios esenciales y servicios de alto costo. Los primeros se contemplan en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) y se ofrecen en unidades de atención ambulatoria y hospitales generales. Los servicios de alto costo se ofrecen en hospitales de especialidad. Esto constituye un cambio notable en la concepción del derecho a la salud, que ahora circunscribe la prestación de servicios a un catálogo de beneficios médicos de primer nivel y a otros de hospitalización para especialidades básicas en el segundo nivel de atención.

El SPS se postula como público y voluntario. Sin embargo, en los hechos este programa más bien es de carácter obligatorio y su costo es cubierto mediante subsidio federal proveniente de recursos fiscales y de cuotas de los beneficiarios por concepto de

afiliación según *decil* de ingreso. La contribución familiar se complementa con una aportación estatal mínima (0.5 veces la cuota social) y una aportación federal (1.5 veces la cuota social) procedente del actual Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA³, Ramo 33), que ya financia la mayor parte de las actividades de salud de las entidades federativas.

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.

Además del FPGC, el SPS cuenta con otros dos fondos: el primero de ellos, equivalente al 2% de la suma de la cuota social, la contribución solidaria federal y la contribución solidaria estatal que debería de estar destinado a la promoción de la infraestructura en las comunidades pobres; el segundo, igual al 1% de esa misma suma, orientado a cubrir las fluctuaciones en la demanda y los pagos retrasados dentro de los estados. Con respecto a las cuotas de los afiliados, se determinó fuesen menores a los gastos de bolsillo reportados por la Encuesta de Ingreso Gasto de los Hogares por *decil* de ingreso (Cámara de Diputados, 2005). Aparentemente, esta estructura de cotización conforma un sistema solidario pues la cuota es progresiva según el nivel de ingreso de cada familia y es complementada por el subsidio federal para cubrir el costo de la prima. Sin embargo, la realidad nos muestra que la mayoría de los ingresos provienen del presupuesto federal, tal cual lo plantea el BM, de tal manera que esta propuesta devela una intención de segmentar y deteriorar más las arcas financieras de la seguridad social para caminar sobre la perspectiva de la universalización del aseguramiento.

³ El Ramo 33 son recursos del presupuesto federal que se distribuyen con un sentido compensatorio, intentando fomentar equidad entre los estados de la federación; actualmente se compone de 7 fondos, uno de ellos es el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), cuyos recursos económicos deben destinarse a los Estados y el Distrito Federal, para ejercer las atribuciones que les corresponden conforme a lo establecido en la Ley General de Salud.

Al cierre del 2004, un total de 30 entidades suscribieron el acuerdo. Durante el primer bimestre del 2005 se incorporaron Durango y el Distrito Federal. Cabe mencionar que en esta última entidad, la implementación del seguro fue sin consenso de las autoridades sanitarias locales. Al respecto, la entonces secretaria de salud de la Ciudad de México, Cristina Laurell, fue contundente al afirmar que el Seguro Popular incrementaba la segmentación del sistema de salud pues dividía a la población sin seguridad social en dos nuevos grupos. Además, resultaba ser una propuesta poco viable para los habitantes de esta entidad federativa, dado que desde 2001 se había puesto en marcha el programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos, este último desmantelado en el presente sexenio (Gómez-Dantes y Ortiz, 2004).

En lo que respecta a la cobertura del Seguro Popular se pueden encontrar numerosas irregularidades e incongruencias. El índice compuesto de “cobertura efectiva”, entendida como “el uso de un servicio, condicionado a una necesidad verdadera y ajustado por la calidad de la intervención”, elaborado y utilizado por Lozano, Gakidou y colaboradores (2007) para evaluar el avance del Seguro Popular a nivel nacional en el periodo 2001-2006, como lo ha demostrado Laurell (2007), contiene varias deficiencias. Las conclusiones a las que llegan dichos autores a partir de los datos obtenidos con el mencionado índice de cobertura efectiva no son sorprendivos ni revelan nada nuevo: los estados más pobres tienen menor cobertura efectiva y los que destinan más gasto público a salud tienen mayor cobertura efectiva.

Sin embargo, una dificultad importante al querer evaluar el desempeño del SPS es que los datos estadísticos proporcionados por la propia Secretaría de Salud (SSa) son incongruentes. El número de hogares sujetos de afiliación (los que no cuentan con seguridad social) que utiliza la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), dependiente de la Secretaría de Salud, para medir el grado de avance del SPS, no corresponde con el total de población no asegurada por entidad federativa que la misma Secretaría de Salud reporta a través de su Dirección General de Información en Salud (DGIS, 2007). Por ejemplo, según los datos de la Dirección General de Afiliación y Operación, perteneciente a la CNPSS, en 2008, los estados de Tabasco y Colima registraron una tasa de hogares afiliados al SPS de 128% y 129%, respectivamente.

No obstante, estos mismos datos no registraban la existencia de 42,185 personas en el estado de Tabasco y 9,102 personas en el estado de Colima no aseguradas que sí eran reconocidas por la Dirección General de Información en Salud. Lo más sorprendente es que ambas Direcciones, pertenecientes a la SSa, refieren como fuente de sus estimaciones al XII Censo de Población y Vivienda, elaborado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Y así en cada entidad federativa: cientos de miles de personas sin seguridad social no son contempladas por la CNPSS como sujetos del derecho a la protección a la salud (Tamez y Eibenschutz, 2008).

Por otra parte, en la literatura reciente se muestran datos que cuestionan medularmente la transparencia en el uso de los recursos destinados al SPS. Al respecto Laurell plantea que la Ley de Salud establece que se debe depositar el 11 por ciento del monto correspondiente a la cuota social y la aportación solidaria en el FSPSS. Sin embargo, “cada año el gobierno ha transferido entre 18 y 25 por ciento y, una vez depositados en el fideicomiso, cuentan como “ejercidos”, o sea, como presupuesto gastado” (Laurell, 2010a).

En su crítica la autora ha expresado que “se tiene un “ahorro” muy grande congelado en Banobras al tiempo que el país se endeudó en marzo con el Banco Mundial por mil 250 millones de dólares para financiar el Seguro Popular”. Según la misma autora, el monto estimado para cubrir el paquete de servicios del Seguro Popular es de 625 dólares por familia, lo que significa que debido al número de familias afiliadas debería de haberse autorizado un presupuesto de 107 mil millones de pesos para 2009 y no los 43.5 mil millones de pesos ejercidos, es decir que hubo un déficit de 63 mil millones. Esta estimación coincide con la valuación actuarial hecha por la Auditoría Superior de la Federación publicada en 2007, en la que se estimaba un déficit de 46.8, en 2008, y 83.9 mil millones, en 2010 (Laurell, 2010b)

3. Tendencias actuales y perspectivas de trabajo

El apartado anterior da cuenta de una situación que ilustra claramente los grandes problemas del SNS y sus instituciones, para responder a las necesidades del cuidado de la salud de la población mexicana.

En cuanto a la cobertura, en el 2000, los datos oficiales reportan de acuerdo con el censo de población y vivienda del mismo año, que el 57.8% del total de la población no estaba asegurada por alguna institución de seguridad social. Para el cierre del 2008 y después de la puesta en marcha del SPS en 2004, se indicaba una cobertura de este programa de 27.2 millones de beneficiarios lo que significaba un 100% de la meta de afiliación de la atención médica en salud. Además, en el padrón de beneficiarios se consideraban las 7.3 millones de familias que se tenían afiliadas al cierre de 2007, de las que 6.6 millones conservaron su registro durante el 2008, lo que representa una tasa de afiliación de 90.4% a nivel nacional (ASF, 2008). Sin embargo, atendiendo a la poca confiabilidad de la información referida arriba, es difícil dar credibilidad a estos datos. Aún más, aunque lo anterior fuera cierto, lo limitado de las intervenciones ofrecidas por el paquete básico, la desorganización institucional prevaleciente y la corrupción generalizada que se observa en algunos centros hospitalarios en la compra de insumos y tecnología indican que, en cuanto a la solución de los problemas de salud, los alcances del tan llevado y traído SPS son limitados.

Las inequidades sociales en salud características de la sociedad mexicana se han profundizado como lo muestran los siguientes datos. En el Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la cuenta pública 2008, se señala por ejemplo que en las 402 entrevistas a beneficiarios realizadas en el estado de Chiapas, se comprobó que el 60.7% tuvieron que comprar sus medicamentos, debido a que el Comité de Adquisiciones de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público del Estado no adquirió con oportunidad los medicamentos para dar la atención adecuada. Por el contrario, en Jalisco y Veracruz, se comprobó que de los 479 y 480 entrevistados, solo el 9.0% y 9.2% respectivamente estuvieron en esa situación.

Desde la perspectiva política, una breve revisión hemerográfica de los últimos meses, señala con bastante claridad la fuerte tendencia a arribar al modelo bancomundialista de protección social con su adaptación más reciente, el Manejo Social del Riesgo. Frente al cúmulo de aspectos críticos que hay respecto a estos modelos, encarnados dentro del sistema de salud por el SPS, existe lo que Cristina Laurell llama una “sospechosa coincidencia” en los discursos del Secretario de Salud y de figuras tan mediáticas como el actual gobernador del Estado de México, Enrique Peña Nieto sobre la “injusticia” y la “caducidad” del sistema de seguridad social en México.

En una declaración realizada el 14 de julio del 2010 (La Jornada), Córdova Villalobos actual secretario de salud, señaló la necesidad de crear un impuesto en salud para que de este modo “la salud en México (se pague) con recursos fiscales y alternativas como eliminar las cuotas obrero-patronales a cambio de un impuesto general que financie los servicios médicos”. A finales del 2010 aun cuando declara sobre la necesidad de rescatar financieramente al IMSS, “porque es una gran institución que ha contribuido al desarrollo de la salud de nuestro país y nadie queremos que el Seguro Social quiebre” señala, en una especie de retórica, que el camino para rescatar al seguro social no es la privatización, entendiendo que “no hay que confundirse cuando a veces se subrogan servicios al medio privado y esos servicios son financiados por las instituciones públicas, eso no es privatización, eso es que la proveeduría se diversifica en beneficio de los usuarios”. Y continúa... “la privatización es que la gente pague de sus bolsillos, entonces si la gente no tiene que pagar la atención y recibe la atención, donde la reciba, eso no es privatización” (Grupo Formula, 6 noviembre 2010); además enfatiza que el rescate financiero se debe hacer sin mermar al seguro popular ya que “se debe fortalecer porque es un tanque de oxígeno para las entidades del país, sobre todo por los recursos financieros que reciben de la federación, a través del presupuesto de Gastos Catastróficos” .

Por su parte, Enrique Peña Nieto a través de esta declaración nos da un adelanto muy ilustrativo de lo que esperaba hacer con nuestro ya de por sí maltrecho Sistema Nacional de Salud. “.....A pesar de los importantes logros alcanzados por instituciones como el IMSS y el ISSSTE a lo largo de más de medio siglo, el actual sistema de seguridad social en nuestro país es injusto, incompleto e ineficaz. Es injusto, dice, porque margina a la mitad de la población más pobre del acceso a la salud, a la pensión para la vejez y del seguro de riesgos de trabajo. Es incompleto porque no ofrece seguro de desempleo. Es ineficaz porque el sistema está fragmentado en diversas instituciones, lo que genera duplicidades tanto de servicios como de beneficiarios que resultan en un aumento en los costos para brindar servicios” (El Universal, 2010).

Dada su filiación política⁴, agrega argumentos que cuestionan la eficiencia de SPS pues agrega además que la situación es más grave con la creación de este

⁴ Peña Nieto es un político mexicano, gobernador del segundo estado más fuerte del país, militante del Partido Revolucionario Institucional (PRI), partido que gobernó durante 70 años en México, hasta el año 2000 en que llegó al

programa puesto que “con la intención de atender a quienes no tienen seguridad social se ha creado (este) programa... que no ha logrado traducir el empadronamiento de beneficiarios en efectiva prestación de servicios y ha fragmentado, aún más, el sistema de salud y la política social, además de que se fomenta la economía informal”. Así, declara que la solución está en construir “un nuevo Sistema de Seguridad Social Universal que garantice a toda la población acceso a los servicios de salud y otorgue una pensión a todos los adultos mayores del país... al mismo tiempo que garantice “que todos los trabajadores tengan seguro de riesgos de trabajo y seguro de desempleo”, pero puntualiza que para que este nuevo sistema sea viable “debe ser financiado mayoritariamente por impuestos generales, en lugar de cuotas que castigan el salario de los trabajadores y el esfuerzo de los emprendedores” cuestión que se logrará poniendo “en sintonía a empresas y sindicatos con un nuevo esquema de derechos universales y de mayor productividad” (El Universal, 2010).

4. Reflexiones finales

Estas declaraciones perfilan para el futuro la aplicación plena del modelo de protección social con su acotación a partir del MSR. Es decir, si la situación política actual prevalece, podemos esperar futuras iniciativas, sobre todo referidas a lo preconizado ya desde el sexenio foxista por Frenk (2004) en cuanto a la “justicia financiera”, en la que desaparece la forma de financiamiento de la seguridad social vigente hasta ahora y se uniforma a la baja cualitativa y cuantitativamente los servicios brindados por las instituciones de salud. Desde luego, este hecho respondería a otro de los planteamientos centrales de los documentos reseñados en cuanto a la generalización del prepago como forma de financiamiento predominante y de la mancomunación de los riesgos.

En cuanto a los programas focalizados para “los desafortunados” (es decir los pobres), a diferencia del intento de ampliar el concepto de protección social e incorporar políticas macroeconómicas, fiscales y de empleo aceptables como requisito indispensable para un adecuado manejo social del riesgo, el escenario nos plantea un uso presidencial y discrecional de estos programas como instrumento de legitimación política, sin efectos importantes sobre la pobreza.

gobierno un candidato del Partido Acción Nacional (PAN), el actual secretario de salud milita en este partido; sin embargo, es necesario apuntar que ambos partidos han implementado y defendido las políticas neoliberales por igual.

3. Bibliografía

- ASF (Auditoría Superior de la Federación). Informe del Resultado de la Revisión y Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2005, Informe Ejecutivo; [Internet] Disponible en: <http://www.asf.gob.mx/trans/Informes/IR2005i/Indice/Auditorias.htm> Consultado Noviembre 2007.
- ASF. 2008. Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2008. Informe Ejecutivo; (Internet) Disponible en: <http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2008i/indice.htm>
- Cámara de Diputados. 2005. Programa Seguro Popular. México: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública; p. 43.
- Cardozo, B., M. 1993. La descentralización de servicios de salud en México: hacia la amnesia total o hacia la resurrección de la política. En *Gestión y Política Pública*, Vol. II (2), julio-diciembre.
- Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación; 7 de febrero de 1984.
- CONEVAL . 2008. Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México. (Internet). Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/contenido/home/2234.pdf>
- COPLAMAR. 1983. *Necesidades Esenciales en México: Salud. Cap. IV.* "La respuesta social al proceso salud-enfermedad en México" Ed. Siglo XXI, México, pp 113-194
- CÓRDOBA, A. Leal, G. y Martínez C. 1988. "La salud en crisis: un balance sexenal" en UAM-X-DAS, Reporte de investigación 53, Septiembre 1988.
- CÓRDOBA, G.1990. "Evolución presupuestal del gasto en salud en la década de los ochentas" en *varios Política Sanitaria mexicana en los ochentas*. México. Centro de Estudios en Salud y Política Sanitaria, A. C. Ed. Fin de Siglo.
- EIBENSCHUTZ, C. 1981, "Hegemonía y salud en el Estado mexicano". *Rev. Mex. de Ciencias Políticas y Sociales*. No. 106. UNAM, México.. pp 39-66.
- EIBENSCHUTZ, C. 1991. "El nuevo Estado mexicano y el Sistema Nacional de Salud. Limitaciones para su consolidación. *Rev. Saúde en debate*. No. 32. Jun. 1991. Brasil. pp. 33-38
- EIBENSCHUTZ C.y RAPHAEL T. 1991, "Institucionalización de la política sanitaria en México" *Cuad. Médico Sociales*. Rosario, Arg.; No. 55: 79-98.

- EIBENSCHUTZ, C. y RAPHAEL, T. 1992. "Historia de la Política Sanitaria". Rev. Estudios Políticos, Nº10, marzo. UNAM, FCPyS. México.
- EIBENSCHUTZ, C. 2007. "Atención médica, neoliberalismo y reforma sanitaria en México". En: Molina S. R. (coord.) La seguridad social: retos de hoy. México: UAM-I
- EL UNIVERSAL, 26 julio 2010. Enrique Peña Nieto. "Seguridad Social universal". Editorial.
- FRENK, J., *et.al.* 2004. Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México. México: Secretaría de Salud
- FRENK J. 2006. Brindging the divide: Global lessons from evidence-based health policy in Mexico. Lancet; 368: 954-961.
- FRENK, J; Lozano, R.; González-Block, M.A. 1994. Economía y salud: propuestas para el avance del Sistema Nacional de Salud en México. Informe final. Fundación Mexicana para la Salud, México, DF, México. 389 pp.
- FRENK J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezama MA, Knaul FM. 2006. "Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico". Lancet, 368:1524-1534.
- Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD). 2001. La reforma de la salud en México. México, D.F.: FUNSALUD.
- GAKIDOU E, Lozano R, González-Pier E, Abbott-Klaffer J, Barofsky JT, Bryson-Cahn C, et al. 2007. Evaluación del impacto de la reforma mexicana de salud 2001-2006: un informe inicial. Salud Pública de México; 49(suplemento 1): 88-109.
- GIUGALE M, Lafourcade O, Nguyen V, comps. 2001 Mexico: A Comprehensive Development Agenda for the New Era. Washington D.C.: World Bank.
- GÓMEZ-DANTÉS O, Ortiz M. 2004. Seguro Popular de Salud: Siete perspectivas. Salud Pública de México; 46(6): 586.
- GONZÁLEZ, A.; Soberón, G.; Frenk, J.; Reich, M.; Martinez, A. 1995. "La dimensión política en los procesos de reforma del sector salud". En Frenk, J., ed., Economía y salud, documentos para el análisis y la convergencia (núm. 13). México: Fundación Mexicana para la Salud, pp. 11-99.
- GONZÁLEZ BLOCK, M.A. y col. 1989. "Health services and decentralization in Mexico: formulation, implementation and results of policy." Health, policy and planning, 4:4.
- GONZÁLEZ-BLOCK. 1988. "El traslape de la demanda en el Sistema Nacional de Salud en México". Salud Pública Méx.;30:804-814.

- Grupo Formula, 6 noviembre 2010. "Secretaría de Salud no está en riesgo de quiebra: Córdova Villalobos". Disponible en <http://www.radioformula.com.mx/notas.asp?Idn=139749>
- HOLZMAN R.; y Jorgensen S. 2003. Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. Rev Fac Nac de Salud Pública 2(1): 73-106
- HERNÁNDEZ LLAMAS, H. 1982. "Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México. 1935-1980". En: Ortiz Quesada, F. (Ed.) Vida y muerte del mexicano, Tomo II. Ed. Folios México, pp 49-96.
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). 1995. Diagnóstico: los propósitos más generales de la reforma del IMSS. IMSS, México, DF, México. p.151
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.: IMSS; 1997.
- LA JORNADA, 1 agosto de 2010. "El Seguro Popular, "ejemplo" para reformar el sistema de salud", p.29
- LA JORNADA, 14 agosto de 2010. "Crear un impuesto para cubrir gastos en salud, propone la Ssa", p. 38
- LAURELL AC. 2007. Health System Reform in Mexico: A Critical Review. International Journal of Health Services; 37(3): 515-535.
- LAURELL AC. 1996. No hay pierde: Todos pierden. La reforma a la ley del IMSS. México, D.F.: Instituto de la Revolución Democrática.
- LAURELL, AC. 2009. "El Seguro Popular, mitos y realidades". La Jornada. 13 febrero 2009.
- LAURELL, AC. 2010a. "El Fideicomiso del Seguro Popular y la Salud de los Mexicanos". La Jornada. 8 octubre de 2010.
- LAURELL, AC. 2010b. "La simulación y la mentira no protegen la salud". La Jornada. 8 abril de 2010.
- LAURELL, C. y Ortega, Ma. Elena. 1991. *"El proceso de privatización en salud. El caso de México"*. Informe de consultoría preparado para el Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.
- LEAL G. El Seguro Popular en el D.F; [Internet] Disponible en: <http://www.imagenmedica.com.mx/datos/modules.php?name=News&file=article&sid=477>.

- NARRO, J.; Moctezuma, D. y Orozco. L. 2010. "Hacia un nuevo modelo de seguridad social". En *Economíaunam*, Vol. 7(20), mayo-agosto, número especial, p. 7-33
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012- Salud. (Internet). Disponible en:
<http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/igualdad-de-oportunidades/salud.html>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. 1995. Plan nacional de desarrollo, 1995—2000. Secretaría de Hacienda y Crédito Público, México, DF, México. 173 pp.
- SSa. Secretaría de Salud. 1996. Programa de reforma del sector salud, 1995-2000. Diario Oficial de la Federación, México, DF, México. 11 Marzo, pp. 2-64.
- SSa. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México D.F.: SS; 2001.
- SSa. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud; [Internet] Disponible en: [http:// dgis.salud.gob.mx/](http://dgis.salud.gob.mx/) Consultado Noviembre 2007.
- SSa. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud; [Internet] Disponible en: http://evaluacion.salud.gob.mx/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf
- SSa. Secretaría de Salud. Seguro Popular de Salud. Beneficios; [Internet] Disponible en: [http:// www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/menu_beneficios/beneficios_inicio.html](http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/menu_beneficios/beneficios_inicio.html).
- SOBERÓN G. 2001. La participación del sector privado. En: La reforma de la salud en México. México, D.F.: FUNSALUD. p. 43-55.
- SOBERÓN, G. 1987. "El cambio estructural en salud" *Salud Pública de México*; 29: 123-165.
- TAMEZ S, y Moreno P. 2000. "La seguridad social en América Latina". En: Enrique de la Garza comp. *Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo*. México D.F.: El Colegio de México, Universidad Autónoma Metropolitana, FLACSO, Fondo de Cultura Económica; p. 515-534.
- TAMEZ, S. y Valle RI. 2005. Desigualdad social y reforma neoliberal en salud. *Revista Mexicana de Sociología*; 67(2): 321-356.
- TAMEZ, S.; Bodek, C; Eibenschutz, C. 1995. Lo público y lo privado, las aseguradoras y la atención médica en México. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ, Brasil)*, 11 (4), 139-153.
- TETELBOIN C, Granados A. 2003. Lectura del Programa Nacional de Salud 2001-2006 en México. *Argumentos*, 45: 2-23.
- VALDÉS OLMEDO, C. y cols. 1984. Sistema Nacional de Salud. Avances y Perspectivas. Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. No.7.

WHO/SHS/NHP/ 91.2. 1991. "Interregional Meeting on the public/private mix in national health systems and the role of ministries of health". Report, Julio 1991, Cocoyoc, Mor. México.

World Health Organization (WHO).2000. World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. Statistic annex. Geneva: WHO; [Internet]. Disponible en formato PDF en: <http://www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/contents.htm>.

World Health Organization, 2005. Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad. WHA58.33. 58ª Asamblea Mundial de la Salud.