

# Las vertientes privatizadoras del *Seguro Popular de Salud* en México

*Oliva López Arellano\**, *José Blanco Gil\*\**

## Resumen

El Seguro Popular de Salud inicia su operación en 2004 con un paquete preestablecido de intervenciones orientado a familias pobres no aseguradas. La afiliación es voluntaria, el financiamiento sigue a la demanda y proviene de fondos federales y estatales, más una cuota familiar diferenciada según nivel socioeconómico. Sin embargo, la heterogeneidad de la infraestructura pública de atención en el país limita la posibilidad de realizar las intervenciones pactadas y la suficiencia de medicamentos, acelerando los procesos de subcontratación y subrogación de servicios, así como la transferencia de fondos públicos a entes privados.

**Palabras clave:** Seguro Popular, Infraestructura pública, subcontratación, subrogación.

## Abstract

*Privatization pathways of the Mexican "Popular Health Insurance" with a minimal package of interventions oriented to provide health care to poor families, this program was launched in 2004. Affiliation is on a voluntary basis. Funding is both federal and state-based, with a beneficiary fee depending on socioeconomic status. However, the heterogeneous public health care infrastructure has limited the possibility to deliver the interventions and/or the adequate supply of medication. This situation has both increased health care services subcontracting and the transfer of public funds to private agencies.*

**Key word:** Popular Health Insurance, Public infrastructure, subrogation, services subcontracting.

\* Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (México). oli@correo.xoc.uam.mx

\*\* Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (México). jblanco@correo.xoc.uam.mx

Fecha de recepción: 15 de noviembre de 2007  
Fecha de aprobación: 16 de noviembre de 2007

## Introducción

El Seguro Popular de Salud (SPS) se establece en México en 2002 como un programa piloto de aseguramiento voluntario para población sin seguridad social e inicia su operación en enero de 2004. El proceso legal se realiza a través de modificar en abril de 2003, la Ley General de Salud (LGS), a la que se le adiciona un capítulo sobre el Sistema de Protección Social en Salud, que plantea la reestructuración de los fondos del sistema público, justificada bajo un discurso de equidad y protección financiera. En los hechos, el SPS se convierte en el instrumento operativo del Sistema de Protección Social en Salud propuesto por el poder ejecutivo para el sexenio 2000-2006.

El Seguro Popular de Salud está dirigido a familias de bajos ingresos y sin seguridad social. La afiliación a este programa público de aseguramiento es voluntaria y su financiamiento proviene de tres fuentes.

- 1) Recursos federales con dos componentes: a) Aportación fija por familia afiliada, llamada “cuota social” y b) Contribución solidaria federal que es en promedio 1.5 veces la cuota social.
- 2) Aportaciones solidarias estatales que corresponden al 50% de la cuota social y que provienen de los ingresos locales de las entidades federativas.
- 3) Cuota familiar prepagada que se establece con base a la situación socioeconómica de cada familia.

Estos fondos se orientan a subsidiar la demanda y se definen por el volumen de afiliados al programa. El seguro incluye un paquete preestablecido de intervenciones con predominio de la atención curativa, medicamentos y un fondo de protección contra gastos “catastróficos” para atender enfermedades cuyo tratamiento es costoso.

## Orígenes del Seguro Popular de Salud

En un contexto de crisis económicas recurrentes (1982, 1995, 2002) que deteriora las condiciones de vida de las mayorías y acelera el crecimiento de la pobreza de grandes núcleos poblacionales, los procesos de riesgo para la salud se incrementan. 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 (Boltvinik, 2005) y entre 1990-99 y 2000-05, México y Haití son los únicos dos países de América Latina donde

el salario mínimo real urbano decrece en ambos periodos. (CEPAL, 2006)

Sin embargo, las políticas económicas y sociales producen situaciones paradójicas, pues mientras crecen los problemas, los dispositivos sociales conformados históricamente para amortiguarlos se debilitan y profundizan la desigualdad. En el periodo 1994-2006, el índice de distribución del PIB por habitante, muestra una mayor concentración del ingreso y según el listado sobre equidad en la distribución de la riqueza, elaborado por el FMI con base en este indicador, el país retrocede del lugar 48 en 1994 al lugar 58 para 2006 (FMI, 2006). Las restricciones severas en el gasto público y en la inversión social –que forman parte de las políticas de ajuste macroeconómico y de “modernización” del Estado– reducen progresivamente la capacidad de respuesta de las instituciones públicas de protección social y es justamente su limitada capacidad de atención lo que exhibe la tecnocracia neoliberal para denostar lo público (López y Blanco, 1993). Como ejemplo de este deterioro se puede citar la evolución del gasto público en salud en México en el periodo 1982-2004, que decrece de 3.7% del PIB a 2.7% en 2004 (López y Blanco, 2006b) y el desfinanciamiento acelerado del IMSS en el seguro de enfermedades y maternidad a partir de la reforma de 1997, que obliga al Instituto a constituir reservas económicas e impide su transferencia a los ramos deficitarios de aseguramiento. Para el IMSS, esta situación limita las posibilidades de inversión en infraestructura médica, cuyo déficit se estima en 60 mil millones de pesos e impacta la capacidad instalada que decrece de 1.23 consultorios por 1000 derechohabientes en 1982 a 0.41 en 2006 y de 1.7 camas por 1000 derechohabientes en 1982 a 0.83 en 2006. (IMSS, 2007)

Así, la perspectiva neoliberal fortalece sus argumentos sobre la ineficiencia e improductividad de lo público y promueve la lógica mercantil, pero soslaya la responsabilidad de los gobiernos de corte neoliberal que desde hace más de 25 años, alientan los procesos de desmantelamiento institucional y de privatización de lo público rentable. (López y Blanco, 2007).

La transformación transexenal (1982-88, 1988-94, 1994-00 y 2000-06) de la política de salud forma parte de la reforma del Estado, en donde la política social se modifica y asume un papel residual y subordinado a las directrices del modelo neoliberal destructor de derechos; se abandonan las perspectivas de universalidad e integralidad y se impulsa una visión minimalista del derecho a la protección a la salud, que ofrece algunos servicios públicos para los “pobres”, mientras se promueve activamente que las necesidades de salud de

los “no pobres” convertidos en clientes, se resuelvan en el mercado (López y Blanco, 2001; Laurell y López, 2002).

El Estado, elude su responsabilidad de garantizar el Derecho a la Protección de la Salud, consagrado en la Constitución Mexicana, transfiere responsabilidades a diversos actores (privados con fines de lucro, organizaciones ciudadanas y familias e individuos) y destruye –en los hechos– la base institucional sobre la que pueden impulsarse políticas de salud universalistas e incluyentes (Laurell, 1997; Laurell, 2001)

El programa de Seguro Popular de Salud, sintetiza la estrategia más reciente del gobierno mexicano de continuar y profundizar la reforma neoliberal del sistema de salud iniciada en los años 80’s y cuya propuesta esencial es reordenar el sistema público de atención a la salud en la lógica mercantil. La salud como un bien privado, su atención un servicio que los no pobres adquieren en el mercado y para la población extremadamente pobre, paquetes de intervenciones costo-efectivas. (López y Blanco, 2006a).

En este proceso de reforma, se pretende debilitar los llamados monopolios públicos, se impulsa la transferencia de fondos públicos a entidades privadas y se diversifican los prestadores de servicios, con el propósito de enfrentar con mayor eficiencia el agotamiento de la capacidad de respuesta de los servicios públicos de salud, frente a la complejidad sanitaria y la exacerbada desigualdad en la distribución de recursos institucionales, pues la población no derechohabiente representa más del 50% de la población del país y recibe menos del 35% del gasto total federal destinado a salud. En el mismo sentido, el gasto promedio en salud de los asegurados es de \$1 714.00 *per cápita*, frente al gasto de los no asegurados que es de \$1 130.00. Mientras que las diferencias en las aportaciones *per cápita* para la atención a la salud entre los estados, varían entre 1 y 119. (Ssa, 2004:26)

El seguro popular de salud –cuarta fase de la transformación neoliberal de la política de salud– es en esencia un instrumento de reordenamiento financiero, que propone disociar el financiamiento de la producción de servicios, conformar un fondo de salud integrado con diversas fuentes financieras y facilitar la participación de múltiples prestadores en la oferta de servicios.

### **Vertientes privatizadoras en el Seguro Popular de Salud**

La política nacional de salud en el sexenio 2000-2006, parte de un diagnóstico que reconoce graves problemas del

entorno socioeconómico y al interior del propio sistema de salud, el Programa Nacional de Salud cuya base conceptual es el modelo de pluralismo estructurado, incluye entre sus objetivos la calidad, la equidad y una especial preocupación por la protección financiera (Ssa, 2001; Ssa, 2004). En los documentos diagnósticos se identifican los graves problemas de desigualdad en el acceso a servicios de salud de calidad, se reconoce el insuficiente financiamiento público y la inequidad en su distribución y se propone un Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) como la mejor opción para transformar positivamente al sector público de atención a la salud (Ssa, 2001; Ssa, 2002; Ssa, 2003)

Este sistema, tiene como antecedente los esquemas de competencia administrada, que para América Latina son propuestos bajo el nombre de pluralismo estructurado (Londoño y Frenk, 1997; Frenk y cols., 1998), que en esencia son la versión adaptada para consumo regional de los modelos de competencia administrada y atención gerenciada impulsados por los Estados Unidos de Norteamérica y que –con variantes y matices locales– forman parte de la mayoría de las agendas de reforma sanitaria de los 90’s en Latinoamérica. (Merhy y cols., 1998).

La apertura del espacio público a distintos actores privados (aseguradoras, empresas médicas, entidades bancarias) interesados en participar en los mercados de la salud, es impulsada por la reforma sanitaria mexicana, que además propone el reordenamiento financiero del sector. Estos dos ejes, están presentes en la propuesta del Sistema de Protección Social en Salud y se articulan sin contradicción con las políticas sociales focalizadas y selectivas que expresan una concepción minimalista de los “derechos” (Morales, 2003), condicionan éstos al cumplimiento de determinadas acciones (Medeiros, 2007; Lavinas, 2007) y son muy permeables al capital financiero (Gifin, 2007).

El sector privado es promovido intensamente y su participación - según los impulsores de la propuesta - es muy necesaria, pues la lógica de mercado en el campo de la salud, únicamente requiere de mecanismos de regulación, que garanticen la asignación transparente de recursos y aseguren la calidad de su distribución, pues modelos regulados y normatizados no generan conflictos entre lo público y lo privado y más bien favorecen la “sana” competencia. (Frenk y cols., 1999)

Una de las modalidades de incorporación de los servicios privados al sistema de salud, es la subcontratación de estos servicios con fondos públicos; sus defensores esgrimen que los fondos pueden distanciarse de la prestación de servicios y enfocarse en la asignación o distribución de los recursos y que

el contrato se constituye en una herramienta para modificar el comportamiento de los proveedores. Esta perspectiva, presupone un valor positivo intrínseco en la competencia y en la producción privada de servicios y la creencia de que la contratación bajo reglas claras es suficiente para inducir una mejoría en la asignación de los recursos y en la prestación de los servicios. (Frenk y cols., 1999; Langer y Nigenda 2001). Desde luego, esta visión optimista no reconoce los riesgos de fortalecer al sector privado, sobre todo a los grandes consorcios médicos, tradicionalmente reuentes a ser regulados, ni la debilidad institucional para ejercer con suficiencia la función estratégica de regulación para conducir el sistema de salud, ni los riesgos de mercantilización de la atención a la salud, tal como tal como lo han señalado críticamente diversos autores (Vega, 2001; González JI, 2001; Hernández y Vega, 2001; López y Blanco, 2001; Laurell, 2007a).

A partir de 2001, la Ssa propone el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) que enfatiza 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) (Ssa, 2001). En 2002 se establece el plan piloto de aseguramiento voluntario para población sin seguridad social, conocido como Seguro Popular de Salud (SPS) y en abril de 2003, se reforma la Ley General de Salud con la adición de un capítulo sobre el Sistema de Protección Social en Salud, que plantea la reestructuración de los fondos del sistema público, bajo un discurso de equidad y protección financiera (Frenk, 2004)

En la propuesta del Sistema de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud Federal se encarga de la rectoría y normatividad general, promoviendo que el financiamiento y la producción de servicios se disocien y que los sistemas estatales de salud descentralizados, articulen la prestación de servicios a través de organismos públicos y/o privados.

El Programa de Seguro Popular (forma operativa del SPSS) propone la modificación del modelo de atención para población sin seguridad social y la diversificación y adecuación de la oferta de servicios de salud a través de fortalecer el componente de financiamiento basado en la demanda; así como, la modalidad de aseguramiento voluntario dirigido a la población pobre, alentando la incorporación y desarrollo de diversos actores sociales y privados, hasta ese momento marginales en la producción de servicios de atención a la salud. (Ssa, 2004). Este programa reordena el financiamiento público y se centra en la producción de servicios médicos, sus componentes se

relacionan a través de mecanismos de mercado y el gobierno mantiene formalmente la rectoría a través de normas y reglamentos e interviene cuando la autorregulación falla.

El Seguro Popular de Salud se constituye en el instrumento privilegiado por el gobierno federal en el periodo 2000-2006, para continuar con la transformación del sistema de salud en México. La magnitud de los recursos asignados a este programa a partir de su aprobación formal tiene una velocidad de crecimiento notable, pues prácticamente duplica su monto año con año entre 2004 y 2006, pasando de 8 mil millones de pesos a 26 mil millones de pesos, lo que muestra su importancia.

El SPS ofrece amortiguar la precariedad financiera de los sistemas estatales de salud, pues la Federación se obliga a canalizar recursos “frescos” por afiliado. Las entidades federativas se comprometen a movilizar recursos adicionales, a promover la afiliación y a construir los padrones de beneficiarios; así como, a garantizar la prestación de las intervenciones pactadas en el catálogo de servicios del Seguro Popular de Salud, que en su fase inicial son casi 100 y para el 2006 ascienden a 250 intervenciones (CAUSES, 2006). Además, se pretende que las entidades federativas incrementen su aportación local y que los recursos del programa –al financiar la demanda– ejerzan presión sobre el sistema público para mejorar la calidad y eficiencia de la prestación del servicio. (Gómez, 2004)

Estos compromisos, obligan a los sistemas estatales de salud a introducir la perspectiva del aseguramiento privado al sistema público, por ejemplo: gastar en publicidad para hacer atractiva la afiliación, destinar personal operativo para tareas administrativas como afiliar, reducir las tasas de abandono, construir el padrón de asegurados, establecer primas diferenciadas según situación socioeconómica, identificar preexistencias, controlar altas y bajas, entre otras. Todas ellas, actividades no sustantivas, que encarecen la producción de servicios por los costos administrativos y de gestión que conllevan y sin beneficios directos para la promoción de la salud y la atención de la enfermedad (López y Blanco, 2006b).

Por otra parte, la insuficiente disponibilidad de infraestructura pública para hacer frente a las intervenciones contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud, presiona a los sistemas estatales. Esta insuficiencia de recursos públicos para la atención a la salud y su distribución polarizada puede ilustrarse con la disponibilidad de camas censables, que va de 22.7 a 36.4 camas por 100 mil habitantes en 11 estados a 175.3 camas por 100 mil hab. en el Distrito Federal; así como por el número de consultorios cuya

distribución varía de 25.2-30 consultorios por 100 mil hab. en 11 estados a 74.6-100.4 en 5 entidades federativas o por el número de médicos que oscila entre 44.5-80.6 médicos por 100 mil hab. en 10 estados de la república a 161.8-278.6 médicos por 100 mil hab. para 4 entidades. (INCIDE Social, 2007) Frente a esta situación, tanto la federación como algunas entidades, justifican y alientan la contratación de proveedores privados (Fernández, 2004; Córdova, 2006; Córdova 2007a), sin reconocer la heterogeneidad en términos de calidad y costos de los servicios privados de atención médica.

El impulso de este esquema de financiamiento y producción de servicios de salud, no ha garantizado un incremento sustancial en las coberturas de atención, como lo demuestran los tres primeros años de operación del SPS. (Auditoría Superior de la Federación, 2006); sin embargo, a pesar del poco tiempo de operación del programa, la subcontratación de empresas privadas avanza, pues de los 20 568 establecimientos que prestaron servicios a los afiliados del SPS en 2005, 3 082 fueron unidades privadas. (Auditoría Superior de la Federación, 2006)

La subcontratación –en palabras del Secretario de Salud en turno– se perfila como una de las estrategias para ampliar la cobertura de atención: “Dado que la ley no lo prohíbe, una de las principales herramientas de este sexenio [2006-2012] para ampliar la cobertura del seguro popular será la subcontratación de servicios médicos privados en las zonas de más alta marginación, donde no existe infraestructura del sector salud” (Córdova, 2006:52). “Hay que entender, que en algunos sitios el Estado no podrá construir ni ampliar la infraestructura”. (Córdova, 2007:33)

Para el 2007, la contratación de servicios con proveedores privados se realiza en algunas entidades, en especial en las zonas urbanas y para intervenciones hospitalarias. Tal es el caso de la compra de medicamentos para uso hospitalario, a cadenas privadas de farmacias, que afecta en particular a los servicios quirúrgicos, traumatológicos y de urgencias.

Así mismo, los componentes administrativos y de gestión que requiere el desarrollo de este nuevo programa, alienta el fortalecimiento de negocios paralelos (empresas, consultoras, farmacias, etc.) que se nutren de recursos públicos y que –con frecuencia– están ligados a los funcionarios en turno. Resultan indicativos de estos procesos las irregularidades en la credencialización de los beneficiarios, en la certificación de unidades para ser reconocidas por el SPS y en los contratos con cadenas de farmacias.

Para el tercer año de operación del programa, ya existe evidencia de fondos “perdidos”, de transferencias por fuera de los marcos legales y en algunos casos de franco desvío de financiamiento público. En este sentido, el informe de la cuenta pública 2005 señala que la Ssa dispuso de 534 millones 922 mil pesos por conducto del fondo de protección contra gastos catastróficos, sin la respectiva comprobación de su uso y destino. (Auditoría Superior de la Federación, 2006). Sin embargo, el caso más notable de manejo irregular de los recursos se relaciona con el incumplimiento en la elaboración de las tarjetas de beneficiarios del seguro popular de salud, en donde procedió ya una denuncia penal y sanciones administrativas a los funcionarios involucrados. En junio de 2007, el comisionado del Sistema de Protección Social en Salud fue inhabilitado por 10 años y la Secretaría de la Función Pública tiene abiertos dos expedientes en su contra por un daño patrimonial al erario de 368 millones pesos, además existen denuncias de fraude en cuatro entidades federativas. (Laurell, 2007b)

El fondo de protección contra gastos catastróficos que provee recursos para la atención de patología cuyo tratamiento es costoso (p.e. insuficiencia renal, cáncer cérvicouterino, VIH-SIDA, prematurez) presenta ya una situación deficitaria, que está siendo utilizada como argumento para dejar fuera intervenciones reconocidas y publicitadas, perfilando la necesidad de nuevos filtros, copagos y otras formas para restringir y desalentar el uso de servicios previstos. (Córdova, 2007b) Así, en abril de 2007, la Ssa suspendió la afiliación de pacientes con insuficiencia renal crónica, que supuestamente serían atendidos con recursos del fondo de protección contra gastos catastróficos, con el argumento del alto costo de los tratamientos. (El Universal, 2007)

El compromiso de otorgar cobertura vía Seguro Popular de Salud a toda la población sin seguridad social para el 2010 queda en entredicho a partir de las estimaciones de la Auditoría Superior de la Federación, en donde muestra que al ritmo previsto de afiliar 1.7 millones de familias, para el 2010 el número de familias incorporadas sería de 11 986 227, de las 14 039 620 familias de la población objetivo (considerando el incremento poblacional), por lo que 2 053 393 núcleos familiares quedarán sin cobertura. Así mismo, la previsión de esta institución señala que para el 2010, los ingresos totales captados por las aportaciones de los gobiernos federal, estatales y las cuotas familiares, ascenderán a 142 098 millones de pesos, mientras que las estimaciones de gasto serán del orden de 226 millones, con un crecimiento promedio anual de 52%. (Auditoría Superior de la Federación, 2006) Es decir, en el corto plazo, el SPS tendrá un grave déficit financiero.

## Conclusiones

En el periodo 2000-2006, El SPS es el programa “estelar”, para seguir profundizando la reforma neoliberal y se articula sin contradicción con las directrices generales de las políticas macroeconómicas. 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 mercadocéntrica se inscribe 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.

Entre sus características más regresivas destacan:

- 1) La obligatoriedad de garantizar el derecho a la salud, se reduce a una visión restrictiva al ofrecer un paquete de intervenciones predominantemente curativas.
- 2) Se subordina la universalidad y la gratuidad a criterios basados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios y por tratarse de un seguro voluntario para pobres, se excluye a la población que no puede afiliarse.
- 3) El esquema de aseguramiento público y voluntario para población pobre, limita severamente las posibilidades

de compartir riesgos, de transferir recursos de “ricos a pobres” o de sanos a enfermos, elementos básicos de los esquemas de aseguramiento solidario, por lo que el programa se enfrenta a graves riesgos de selección adversa, de daño moral y de inviabilidad financiera.

- 4) Se impulsa una vertiente de atomización y privatización del sistema, pues estados sin capacidad instalada para hacer frente a la demanda, están optando por la subcontratación de servicios privados, más que por el fortalecimiento de su infraestructura pública.
- 5) Los servicios estatales se ven obligados a distraer personal operativo para tareas administrativas o subcontratar empresas que se hagan cargo de estas acciones, con la consecuente transferencia de recursos públicos a entes privados sin impacto en la mejoría de los procesos de atención a la salud.

De acuerdo con la dinámica y los contenidos que han dominado la reforma en salud y en particular la implementación del Programa de Seguro Popular en Salud, se promueve a la iniciativa privada como actor central en la provisión de servicios, a la competencia para hacer eficiente la prestación y al mercado como el ordenador general del sistema. Sin embargo, la apuesta a la privatización de los servicios de salud como alternativa para racionalizar costos, reducir la ineficiencia del sector público y –a través de la competencia por los fondos– mejorar la calidad de los servicios prestados; prefigura un sistema de salud con una mayor fragmentación, que de ninguna manera garantiza la equidad de acceso y la homogeneidad en la calidad del servicio.

Desde nuestra óptica, con la puesta en marcha del Seguro Popular de Salud, no se han remontado los principales problemas que presentaba la atención médico-sanitaria de la población sin seguridad social y se han generado nuevas dificultades que nos alejan cada vez más de un sistema único de salud integral, universal y solidario.

## Bibliografía

- Auditoría Superior de la Federación. Informe de revisión de la Cuenta Pública 2005. México, 2006.
- Boltvinik J. La pobreza en México (2000-2004). La Jornada, 18 de noviembre de 2005, pág. 32.
- CAUSES. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, México: Secretaría de Salud, 2006.
- CEPAL. Panorama social de América Latina 2006.
- Córdova J. A. Entrevista del Secretario de Salud. México: La Jornada, 15 de diciembre de 2006, pág. 52.
- Córdova J. A. Entrevista del Secretario de Salud. México: La Jornada, 3 de enero de 2007, pág. 33.
- Córdova J. A. Entrevista del Secretario de Salud. México: La Jornada, 9 de abril de 2007b, pág. 34.
- El Universal. 18 de abril de 2007, pág. A8
- Fernández J. A. Seguro Popular de Salud. Siete perspectivas. Salud Pública de México, 2004;46(6):594-596
- FMI. Información sobre la economía mundial y la distribución de la riqueza. Citado en La Jornada, 9 de abril de 2007, pág. 18.
- Frenk J. González E. Gómez O. Lezana M.A. y Knaul F. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. Salud Pública de México 2007; 49 suplemento 1:s23-s36.
- Frenk, J. Seguro Popular de Salud. Siete perspectivas. Salud Pública de México, 2004;46(6):588-594
- Frenk J. Londoño J. L. Knaul F y Lozano R. Los Sistemas de Salud latinoamericanos en transición: una visión para el futuro. En: Bezold C., Frenk J. y MacCarthy S. (eds.) Atención a la salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI. México: FUNSALUD/SmithKline Beecham Pharmaceuticals, 1998, págs. 119-156.
- Frenk, J. Londoño J.L. y Lozano R. Pluralismo estructurado: una visión para el futuro de los sistemas de salud en América Latina. En: Bronfman M. y Castro R. (coords.) Salud, cambio social y política. México: Edamex/INSP, 1999, págs. 253-276.
- Gifin KM. Financeirização do Estado, erosão da democracia e empobrecimento da cidadania: tendências globais? *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(6):1491-1504.
- Gómez O. Seguro Popular de Salud. Siete perspectivas. *Salud Pública de México*, 2004;46(6):585-588
- González J. I. Imparcialidad financiera y equidad. Otra lectura del Informe de la Organización Mundial de la Salud-Año 2000. En: Torres M. ¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud. Colombia: Plataforma Interamericana de Derechos Humanos y Desarrollo/ALAMES/Observatorio Universitario de Política Social y Calidad de Vida, 2001, págs. 75-83
- Hernández M. y Vega R. Presentación. En: Torres M. ¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud. Colombia: Plataforma Interamericana de Derechos Humanos y Desarrollo/ALAMES/Observatorio Universitario de Política Social y Calidad de Vida, 2001, págs. 9-15
- INCIDE Social. Observatorio de política social y derechos humanos. Indicadores de salud, México, 2007. (<http://incidesocial/observatorio/>)
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe sobre la situación financiera 2006-2007. México: IMSS, 2007.
- Langer A. y Nigenda G. Reforma del sector salud. Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. México: BID/INSP, 2001, págs. 25-67.

- Laurell A. C. La reforma contra la salud y la seguridad social. México: Ed. ERA y Fundación Friedrich Ebert, 1997.
- Laurell A. C. Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social. Como garantizar y ampliar tus conquistas históricas. México: Temas de Hoy, 2001
- Laurell A. C. Health System Reform in Mexico: A Critical Review. *International Journal of Health Service* 2007a; 37(3):515-535.
- Laurell A. C. La Jornada, 14 de noviembre de 2007b.
- Laurell C. y López O. Market commodities and poverty relief. The World Bank Proposal for health. En: Navarro V. (coord.) *The Political Economy of Social Inequalities. Consequences for Health and Quality of Life*. New York: Baywood, 2002, págs. 191-228.
- Lavinás L. Gasto social no Brasil: programas de transferência de renda *versus* investimento social. *Ciência & Saúde Colectiva* 2007; 12(6):1463-1476.
- López O. y Blanco J. Distintos caminos para avanzar en la protección a la salud: Servicios médicos y medicamentos gratuitos (Distrito Federal) y Seguro Popular de Salud (nacional). En: Eibenschutz C. y col. (coords.) *¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción*. México: OPS/UAM, 2006a, págs. 45-53.
- López O. y Blanco J. Salud y “nuevas” políticas sociales en México. En: Peña F. y Alonzo, AL. (coords.) *Cambio social, Antropología y Salud*. México: CONACULTA/ INAH, 2006b, págs. 15-26.
- López O. y Blanco J. Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal. En: Jarillo E. y Ginsberg E. (coords.) *Temas y desafíos en salud colectiva*. Argentina: Lugar Editorial, 2007, págs. 21-48.
- López O. Blanco J. La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 1993.
- López O. y Blanco J. La polarización de la política de salud en México. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17(1):43-54.
- Londoño J. L. y Frenk J. Structured pluralism: Toward an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 1997; (41):1-35.
- Medeiros da Fonseca AM, d'Ávila Viana AL. Direito à saúde, atenção básica e transferências condicionadas de renda na América Latina. *Ciência & Saúde Colectiva* 2007; 12(6):1505-1512.
- Merhy E. Iriart C. y Waitzkin H. Atencao Gerenciada: da microdecisao corporative a microdecisao administrative, un caminho igualmente privatizante?. *Managed Care. Alternativas de Gestao en Saúde*. Sao Paulo: PROAHSA/ Fundacao Getúlio Vargas, 1998, págs. 85-115.
- Morales P. Servicios esenciales de salud, sofisma constitucional. México: Letra S, N° 78, 2003.
- Secretaría de Salud (Ssa). *Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México*. México: Poder Ejecutivo Federal, 2004.
- Secretaría de Salud (Ssa). *Sistema de protección social en salud. Hacia un sistema universal de salud*. México: Secretaría de salud, 2003
- Secretaría de Salud (Ssa). *La salud en la reforma del Estado: hacia un sistema universal de salud*, México: Secretaría de Salud, 2002.
- Secretaría de Salud (Ssa). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México: Poder Ejecutivo Federal, 2001.
- Tetelboin C. *La transformación neoliberal del sistema de salud en Chile: 1973-1990. Reformas de primera generación*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2004.
- Vega R. Apuntes acerca del Informe sobre la salud en el mundo 2000 de la OMS *¿Existen alternativas metodológicas para su evaluación? En: Torres M. ¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud*. Colombia: Plataforma Interamericana de Derechos Humanos y Desarrollo/ALAMES/Observatorio Universitario de Política Social y Calidad de Vida, 2001, págs. 53-68