



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
LICENCIATURA EN CIENCIAS POLÍTICAS Y
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
(OPCIÓN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA)**

**LA UNIVERSALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN
MÉXICO. ANÁLISIS Y PERSPECTIVAS**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN CIENCIAS POLÍTICAS Y ADMINISTRACIÓN
PÚBLICA
(OPCIÓN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA)

PRESENTA:

JUAN CARLOS MORENO REBOLLAR

DIRECTOR DE TESIS: MIGUEL ÁNGEL MÁRQUEZ ZÁRATE



CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX, JUNIO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi madre, que con su apoyo incondicional ha sido parte fundamental para mi desarrollo personal y profesional, forjándome de valores inquebrantables, enseñándome el don de la humildad y, a la vez, el reconocimiento del éxito profesional –no como una oportunidad sino algo asequible–, siendo para ella, el mío, la rebanada que completaría su pastel, su feliz y rico pastel.

A mis abuelitos Josefina Barrera y Alfredo Rebollar, que con su entereza y sabiduría me guiaron durante mi niñez y fueron cómplices de travesuras y hoy, él desde el cielo, de la culminación de una etapa muy importante en mi vida: mi titulación.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi alma mater y orgullo siempre.

A mi asesor de tesis Miguel Ángel Márquez Zárate, quien con sus conocimientos y vasta experiencia me guió en la realización de este trabajo de investigación.

A Luz Elena Pereyra por sus consejos siempre acertados, que me empujaron invariablemente a no desistir en la conclusión de mi tesis.

A mi familia por mantener esa constante presión en mí para obtener el título profesional y confiar en mi capacidad para lograrlo.

A mis amigos Fernanda, Montserrat, Moisés, Melanie, Pepe, Miguel, Benjamín, Gerardo, Ezequiel, Luis, Hugo y Pierre, por brindarme su amistad y apoyarme siempre con consejos y acciones a su estilo, pero siempre con el fin de levantarme o simplemente sacarme una sonrisa y seguir adelante.

A Ariadna Salyano por su apoyo, buena vibra siempre y ser en muchas ocasiones mi compañera de escritorio en la realización de este trabajo.

Índice

Introducción	1
1. El Estado, la Administración Pública y la Política Social en México	4
1.1 El Estado	4
1.2 Administración Pública	11
1.2.1 Marco legal de la protección de la salud en México	15
1.3 Antecedentes de la política social en México	20
1.3.1 Focalización	24
1.3.2 Privatización	36
1.4 Universalismo básico como alternativa de política social	40
2. El Sector Salud en México y estudios de caso en los sistemas de salud de Chile y Brasil	47
2.1 El Sector Salud en México	47
2.1.1 Antecedentes	50
2.1.2 Reforma administrativa	52
2.1.3 Financiamiento	59
2.1.4 Panorama actual de la Salud	61
2.2 Estudios de caso de los sistemas de salud en Chile y Brasil	63
2.2.1 Modelo dual en Chile	65
2.2.2 Modelo universal de salud en Brasil	74
3. Acciones del gobierno mexicano hacia la universalización de los servicios de salud	79
3.1 El Sistema de Protección Social en Salud	79
3.2 Portabilidad y convergencia	83
3.2.1 El intercambio de servicios de salud en México	85

3.3 Convenios y Acuerdos	87
3.4 Propuesta de FUNSALUD hacia la Univerzalización de los servicios de salud	91
Conclusiones	99
Bibliografía	104
Cibergrafía	106
Acrónimos y abreviaturas	114

Introducción

En México, el acceso a los servicios de atención a la salud comenzó a ser abordado a partir de la segunda mitad del siglo XX; no obstante, el derecho a la salud se elevó a nivel de norma fundamental, por primera vez, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, junto con otros aspectos importantes como son la educación, la alimentación y el derecho al trabajo, inmersos en la democracia como estructura jurídica y régimen político, con la preocupación constante del mejoramiento económico, social y cultural de la población.

El derecho a la salud, desde un enfoque global, está contemplado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos; específicamente está clasificado en los derechos sociales. Tiene como plataforma institucional a nivel internacional la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), establecida en el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Al ser nuestro país una República constituida como representativa, democrática, laica y federal, le compete al Estado, de acuerdo a la OMS, la aplicación de reglamentaciones específicas, programas y servicios públicos para el bienestar de la población en el ramo de la salud.

Ante este panorama surgen las siguientes interrogantes: ¿Realmente el Estado cumple el mandato constitucional de proveer al total de los mexicanos de protección social en salud? ¿Cómo se podrá lograr la universalización de los servicios de salud en México? ¿Hacia dónde se dirige el modelo del sistema de salud actual? ¿Se puede hablar de una transición hacia un nuevo modelo del sistema de salud mexicano en coordinación con el sector privado?

Con lo anterior se formula la siguiente hipótesis: El Estado mexicano al contar con un sistema de salud fragmentado no ha tenido la capacidad de cubrir de protección social en salud a la totalidad de la población en México, aunado a lo anterior, la acción tardía en la implantación de programas de salud de carácter universal, han propiciado que la universalización de los servicios de salud en México tenga como trasfondo, de forma inherente, la coordinación entre el sector público y el sector privado, para la provisión de servicios.

La presente investigación, se compone de tres capítulos, las conclusiones finales, bibliografía, cibergrafía, y un apartado para acrónimos y abreviaturas relacionados con el sistema de salud.

En el capítulo primero, titulado *El Estado, la Administración Pública y la Política Social en México*, se analizará una parte del funcionamiento institucional del país, específicamente el Sector Salud; la tendencia que éste ha tenido a través del tiempo y la preocupación del Estado y la Administración Pública por cumplir el mandato constitucional del derecho a la salud, proveer de protección social en salud y brindar acceso a los servicios de salud a toda la población.

Asimismo, se abordarán aspectos importantes sobre las diferentes políticas sociales implementadas en el ramo de la salud y otros sectores sociales, se expondrán algunos programas focalizados a partir de la segunda mitad del siglo XX, y se describirá el concepto de universalismo básico como alternativa de política social, tomando como base teórica a compiladores y autores como Luciano Andrenacci, Fabián Repetto, Fernando Filgueira, Jorge Papadopulus, Jorge Tovar y Carlos Gerardo Molina.

Una vez analizadas las diferentes políticas sociales implementadas en México, hasta llegar al universalismo básico como alternativa, en el capítulo segundo titulado *El Sector Salud en México y estudios de caso en los sistemas de salud de Chile y Brasil*, se describirá como está conformado el Sector Salud actualmente, los antecedentes históricos y la situación actual de México en temas relacionados con la cobertura poblacional, desigualdad, acceso a los servicios de salud y se abordarán algunos aspectos demográficos; posteriormente, se realizará

un análisis referencial sobre los aspectos más relevantes de las reformas llevadas a cabo en los sistemas de salud en Chile y Brasil; el primero un modelo de salud dual y el segundo un modelo universal.

En el tercer capítulo titulado *Acciones del gobierno mexicano hacia la universalización de los servicios de salud*, se analizarán las acciones realizadas a partir de la implementación de políticas públicas como la creación del Sistema Nacional de Protección Social en Salud, asimismo, se expondrán los temas de portabilidad y convergencia como estrategias por parte de la Secretaría de Salud, y se hará referencia a algunos Convenios y Acuerdos firmados en el Sector Salud que son considerados como parte importante de las acciones hacia la universalización de los servicios de salud en el país.

Para finalizar, en el presente capítulo, se abordará la propuesta de Fundación Mexicana para la Salud, dirigida hacia la universalización de los servicios de salud en México; lo anterior, debido a la importancia en la influencia que dicha fundación ha mantenido en la implementación de políticas de salud en México; por mencionar un ejemplo, la creación del Seguro Popular.

Capítulo 1. El Estado, la Administración Pública y la Política Social en México

1.1 El Estado

El comportamiento humano en sociedad es un tema complejo de estudiar por las incontables circunstancias que pueden llevar a ésta al caos, o simplemente por el disenso permanente entre las perspectivas de las personas sobre situaciones en común. La figura del Estado como organización es creada ante la amenaza del aumento en los desequilibrios y el descontrol de los individuos y grupos en la búsqueda de un bienestar propio.

Desde la percepción contractualista, el Estado es creado por el hombre para su protección y estabilidad como ser social; para ello se establece un pacto donde cada una de las personas ceden el derecho de gobernarse a sí mismas y otorgan autoridad a representantes o gobernantes cuya función es establecer la paz y orden común.

Es difícil precisar una fecha del surgimiento del Estado, sin embargo, algunos estudiosos de la teoría política lo han conceptualizado. Max Weber concibe al Estado como “una asociación de dominación con carácter institucional”,¹ una comunidad humana dentro de los límites establecidos de un territorio.

¹Weber, M. (2008). *El político y el científico*. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México, p. 10

Norberto Bobbio, desde la perspectiva jurista, se refiere al Estado como “un ordenamiento jurídico para los fines generales que ejerce el poder soberano en un territorio determinado, al que están subordinados necesariamente los sujetos que pertenecen a él”.²

Para Nicolás Maquiavelo, la figura del Estado se conceptualiza a partir de las características del gobernante, basadas en su tratado de teoría política con mayor renombre escrito en el siglo XVI, *El príncipe*, donde señala que los gobernantes deben ejercer y conservar el poder en sus Estados, y establecer estrategias políticas para mantener el control y mando sobre el territorio.³

Otro pensador político importante en el estudio del Estado y las formas de gobierno, con un especial énfasis en la separación de poderes, fue Montesquieu. En lo que respecta al gobierno, señala que éste podía ser monárquico, donde el honor prevalece como valor; o una república, distinguida por la virtud de los gobernantes y, por último, un gobierno despótico donde no se requiere demasiada probidad para mantener el poder.⁴

Sin profundizar más en los teóricos y su concepción del Estado, es preciso hacer énfasis sobre algunas transformaciones de carácter político y económico que trajeron consigo una reorientación del papel del Estado.

De acuerdo con García Cotarelo, retomado por Nestor de Buen en su estudio sobre la crisis del Estado de Bienestar; con la conclusión de la Revolución Industrial y sus efectos en la sociedad, países europeos dieron pie al surgimiento del Estado de bienestar a finales del siglo XIX; dicho autor lo expresa como “la necesidad de una defensa colectiva frente a una nueva explotación”.⁵

² Bobbio, N. (2014). *Estado, gobierno y sociedad. Por una teoría general de la política*. México: Fondo de Cultura Económica. p. 128.

³ Maquiavelo, N. (2004). *El príncipe*, Madrid, Editorial Edaf, p. 14

⁴ Montesquieu (2002). *El Espíritu de las Leyes*. España: Ediciones Istmo. p 107.

⁵ De Buen, N. (1993). La crisis del Estado de Bienestar. *Jurídica. Anuario del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana*, 22, 195-207. p. 196, [en línea] <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/jurid/cont/22/pr/pr6.pdf> [consulta: 17 de julio de 2016].

Paralelo a lo que acontecía en los países del continente europeo, como el Tratado de Versalles de 1919, la Constitución de Weimar en el mismo año, o la Revolución Rusa de 1917, es necesario resaltar que México, con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, antecedió a los países europeos en la legitimación de las exigencias sociales y el respeto a los derechos de los trabajadores al elevarlos a rango constitucional.

En la segunda mitad del siglo XX continuaron las demandas sociales en Europa, relacionadas con diferentes necesidades de la sociedad como la educación, los servicios sociales y, como tema de la presente investigación, la salud. “El Estado de bienestar surge no solo para exigir libertad sino también mayor igualdad”,⁶ mediante una serie de disposiciones legales que otorgan derecho a los ciudadanos, lo que promovió la idea de universalismo desde aquellos tiempos.

La figura del Estado benefactor intervino para garantizar la seguridad y los derechos de propiedad de los individuos, así como la vigilancia de las fuerzas laborales entre las personas reconocidas como libres e iguales. Este Estado se caracterizó por organizar y regular aspectos fundamentales del ser humano para el bienestar universal, de manera más específica los servicios sociales universales.⁷

En el estudio de Abellán, sobre la problemática del Estado de Bienestar; respecto a la lógica keynesiana y su connotación con el tema de la universalización de los servicios de salud, hace mención que el Estado de Bienestar no sólo humaniza a la sociedad, sino parte de la idea de que los servicios públicos y el acceso a éstos deberían ser libres y universales para toda

⁶ Farge C. (2007). El Estado de Bienestar. *Enfoques*, vol. XIX, (1-2) 45-54. p. 47, [en línea] <http://www.redalyc.org/pdf/259/25913121005.pdf> [consulta: 24 de julio de 2016].

⁷ Abellán, A. (1997). La problemática del Estado de Bienestar como fenómeno internacional. *Revista de Derecho Político*, 42, 95-135. p. 98. [en línea] <http://revistas.uned.es/index.php/derechopolitico/article/viewFile/8697/8291> [consulta: 19 de julio de 2016].

la población. Su fin era proveer un nivel mínimo de calidad de vida mediante un aparato centralizado y una mayor racionalidad administrativa.⁸

A partir de las tres ideas básicas de John Maynard Keynes: eficiencia, equidad y legitimidad hacia un desarrollo económico, los países europeos lograron un desarrollo económico y social.

El Estado se ha transformado junto con la evolución económica, social y cultural, adoptando cada vez más funciones complejas, hasta llegar a intervenir directa o indirectamente en casi todos los ámbitos de la vida diaria.

Para efectos de una mayor comprensión sobre las transformaciones del Estado, a continuación se puede observar la siguiente periodización:

	PERIODO	CARACTERÍSTICAS
PERIODIZACIÓN DEL ESTADO	De principio de los años 80 del siglo XIX a inicios de la Primera Guerra Mundial (1914)	Estado social meramente asistencial, no concibe a los derechos económicos, sociales y culturales, como derechos humanos.
	Periodo entre guerras y hasta el final de la Segunda Guerra Mundial	Se constitucionalizan los derechos sociales y se establecen las bases de la teoría económica para construir el Estado de Bienestar.
	De 1945 al final de la década de 1970	En los países industrializados del mundo se materializa y consolida el Estado de Bienestar.

Elaboración propia de acuerdo a la periodización de Ignacio Sotelo en el libro *El Estado social, Antecedentes, origen, desarrollo y declive*.

⁸ *Ibidem*, p. 49.

Es necesario hacer puntual énfasis en el desarrollo de la figura del Estado en los países europeos y en México.

En el caso mexicano se le denominó Estado interventor ya que estaba inmerso en aspectos de carácter público y en la promoción de reformas sociales en la gestión de servicios como educación, vivienda y salud pública.⁹ Además apoyó a la industria nacional y fomentó la provisión de servicios de carácter público como insumos, bienes y servicios, al igual que en el otro lado del mundo, donde el desarrollo del país se centró en la idea de que la educación y la salud de las personas contribuían a mejorar la productividad del trabajo, la calidad de vida y el aumento en la producción.

A partir del término de la Segunda Guerra Mundial, como se pudo observar en el cuadro anterior, al materializarse el Estado de Bienestar y con relación a la presente investigación, el Estado tenía el compromiso de intervenir para proveer a la sociedad de los siguientes aspectos:

- a) Mantener el pleno empleo, o al menos, garantizar un alto nivel de ocupación;
- b) Una provisión pública de una serie de servicios universales que tienen como objeto la provisión de seguridad social en su sentido más amplio;
- c) Una responsabilidad para mantener mínimos de calidad de vida, entendidos como un derecho social.¹⁰

De los años de 1940 a 1970, el pilar del desarrollo económico en México fue la intervención del Estado de forma directa hacia la industrialización, las políticas que caracterizaron el periodo fueron las siguientes:

1. Asignación de recursos a través de la política crediticia.
2. La exención de impuestos a la renta y a la importación, entre otras políticas impositivas.

⁹ Huerta M. (2005). El neoliberalismo y la conformación del Estado subsidiario. *Política y Cultura*, 24, 121-150. [en línea] http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422005000200006 [consulta: 08 de agosto de 2016].

¹⁰ Valverde, K. (1998). El desmantelamiento del Estado interventor en México. *Estudios políticos*, Núm. 18, Cuarta Época, Mayo-Agosto, p. 138 [en línea] <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/viewFile/37196/33780> [consulta: 17 de marzo 2018].

3. La política comercial que modificó aranceles, precios, permisos o licencias para favorecer la sustitución de importaciones.¹¹

Asimismo, en esta etapa hubo algunos elementos que impidieron el desarrollo económico del país, como son:

1. La concentración del ingreso.
2. El desequilibrio del sector externo.
3. El déficit fiscal.¹²

Como se puede observar, durante estos 30 años, se profundizó el apoyo a la industrialización, el abastecimiento de servicios y tiempos de estabilidad económica; pero a principios de la década de los setenta, se comenzaron a observar signos de agotamiento.

Se observó una disminución en el crecimiento de la economía, gran parte ocasionado por las políticas asociadas hacia un desarrollo interno dejando a un lado el mercado externo; tal es el caso del deterioro de los precios del petróleo que afectó al país. Por lo anterior, el Estado mexicano optó por un aumento en el gasto público y comenzó a intervenir más en la economía. La idea de apropiarse de sectores estratégicos de la economía, como son, la energía, las comunicaciones, la banca, etc., sería importante para promover un país más próspero y equitativo.¹³

Como efecto de las medidas antes señaladas, se dio un incremento en el déficit fiscal, es decir, una diferencia entre los ingresos y egresos del gobierno, así como un aumento en la deuda pública.

A principios de los ochenta, la insatisfacción respecto a las acciones del gobierno ante las demandas sociales y de gestión sobre los servicios públicos, y la inestabilidad de las finanzas públicas del Estado, abrió paso a algunas posiciones políticas y económicas de derecha. Esta crisis del Estado benefactor, en el caso

¹¹ *Ibíd*em, p. 134

¹² *Ídem*.

¹³ Gollás, M. (2003). *México. Crecimiento con desigualdad y pobreza*. México, Centro de Estudios Económicos, El Colegio de México, p.22, [en línea] <http://cee.colmex.mx/documentos/documentos-de-trabajo/2003/dt20033.pdf> [consulta: 11 de abril 2018].

mexicano Estado interventor, plantearía la opción hacia una restauración en lo social y en lo económico; en lo social supuso el compromiso del Estado ahora con el individuo, ya no con la colectividad, lo cual se puede resumir, de acuerdo a Huerta, como una crisis de universalización de los derechos sociales;¹⁴ en lo económico requirió programas de ajustes a partir de la disciplina del mercado donde el papel del Estado era como un agente económico más; esta corriente económica es conocida como neoliberalismo.

Desde la perspectiva de Fernando Escalante, el neoliberalismo tiene tres ideas básicas:

“La primera lo distingue del liberalismo clásico y se refiere al papel del Estado. Para el neoliberalismo, el Estado no debe reducirse a su mínima expresión, como querían los liberales clásicos, sino reconfigurarse para servir al mercado, para defenderlo: incluso para crearlo ahí donde antes no existía, ahí donde las relaciones sociales y económicas parecieran reacias a la mercantilización. Segundo dogma del neoliberal: el mercado es el mecanismo más eficiente para gestionar la vida económica y todo aquello de lo que ella está hecha — información, ordenación de preferencias, etc.—, y además, ya en términos morales, es el método más apropiado para promover la libertad individual. El mercado es la libertad. Esta identidad entre libertad económica y libertad política (o acaso la prevalencia de la primera sobre la segunda) es otro rasgo que separa al liberal de antaño del liberal de hogaño. Y tercero: las instituciones y prácticas privadas son siempre mejores que las públicas. Más vale una solución privada que un (des)arreglo público.”¹⁵

Partiendo de las ideas antes planteadas sobre la corriente neoliberal, si bien la política económica de un país establece las reglas en términos de productividad y competitividad de los Estados, no se puede dejar a un lado algunos valores como

¹⁴ Huerta, M., op. cit., p. 129

¹⁵ Espíndola, J (S/A). Reseña del libro de Fernando Escalante, Historia mínima del neoliberalismo, México, El Colegio de México, 2015, 320 pp. ISBN 978-607-462- 786-2. p. 978. [en línea] <http://www.scielo.org.mx/pdf/hm/v66n2/2448-6531-hm-66-02-00977.pdf>, [consulta: 01 de mayo de 2018].

la justicia, igualdad y soberanía que, en el caso de México, están plasmados en la Constitución de 1917 y el Estado es garante.

Por el peso de organismos internacionales y la emergencia por salvar las finanzas públicas, el Estado mexicano pasaría de un Estado interventor a un Estado subsidiario, con una nueva relación entre el sector público y privado; con este cambio se promovió la especialización estatal en las funciones y tareas para una intervención pública: “aquellas destinadas a imponer y vigilar el cumplimiento de las reglas de convivencia social que mejoraran el funcionamiento del mercado y salvaguardaran los derechos de propiedad a fin de alentar la inserción del capital privado en las diferentes actividades económicas”.¹⁶

Este nuevo papel regulador y de control del Estado, bajo una supuesta racionalidad económica, condujo las acciones del gobierno hacia una perspectiva diferente, es decir, una reestructuración de la política social dirigida a programas focalizados, mismos que serán expuestos más adelante.

Una vez comprendidas las transformaciones del Estado mexicano, en el próximo apartado se abordará, desde una aproximación teórica y conceptual, el papel de la Administración Pública que, junto con el Estado, a pesar de las diferentes corrientes políticas y económicas que han prevalecido en nuestro país, tienen la responsabilidad constitucional de garantizar el derecho a la atención en salud y el acceso efectivo a los servicios médicos para la población.

1.2 Administración Pública

El Estado, como una estructura inmersa en el ámbito de la legalidad, desde una perspectiva general y lógica, necesita de una herramienta para el cumplimiento de sus objetivos y atribuciones en lo que respecta a los derechos fundamentales; dicha herramienta se conoce como Administración Pública.

¹⁶ Huerta, M., op. cit., p. 146.

Algunos autores simplifican la definición de la Administración Pública como “la actividad del Estado, ya sea como la actividad organizadora de éste o simplemente la actividad”.¹⁷

Jean Charles Bonnin, pensador político conocido como el padre de la ciencia de la Administración Pública, retomado por el Dr. Omar Guerrero en la exposición sobre los *Principios de la Administración Pública*, menciona que “la administración nace de la comunidad o asociación de individuos, que la conservación de esta unidad de personas es el principio de la administración”,¹⁸ y señala la importancia de la comunidad que, por medio de la administración, ejerce el gobierno y ésta misma ejecuta las leyes de interés general.

Bonnin conceptualiza a la Administración Pública desde un punto de vista sociológico para tratar de entenderla dentro de lo público, hacia “un interés común inmerso en las relaciones sociales que procura su permanencia”.¹⁹

A partir de las concepciones señaladas, se define a la Administración Pública como la capacidad del Estado para crear las condiciones que propicien que la sociedad perdure.

Uvalle Berrones define a la Administración Pública desde una perspectiva alejada de los paradigmas convencionales, el autor se muestra a favor del dinamismo de nuevas realidades y plantea como meta final la conjugación eficaz de la calidad de vida y las relaciones de equidad. La Administración Pública promueve el mejor aprovechamiento de los recursos tanto públicos como privados, tomando en cuenta las exigencias de la sociedad contemporánea.

Si la Administración Pública se visualiza objetivamente en la búsqueda del cumplimiento de las demandas de la sociedad, en el caso de la universalización de los servicios de salud, durante este trabajo se podrá observar cómo se ha

¹⁷ Guerrero Orozco, O. (2007). *Principios de la Administración Pública*. Colombia: Escuela Superior de Administración Pública.

¹⁸ Ídem.

¹⁹ Ídem.

transformado el aparato institucional en el sector salud y aspectos relevantes como el financiamiento y el manejo de los recursos en la prestación de servicios.

De acuerdo con Uvalle, “la importancia de la Administración Pública radica en las responsabilidades y capacidades para dar cuerpo a las políticas públicas”.²⁰ Un ejemplo claro de estas políticas es la operación de programa conocido como Seguro Popular, dirigido a la Protección Social en Salud (éste se analizará más adelante).

Para el análisis del quehacer de la Administración Pública, el comportamiento institucional y su vinculación con el desarrollo de la sociedad, es necesario tomar en cuenta algunos factores relacionados de manera directa con la operación como son: “los planes, políticas, proyectos y resultados”.²¹

Desde la óptica operacional y organizacional de la Administración Pública, Manuel Cruzado, citado por Omar Guerrero, señala que: “a esa reunión de servicios públicos y al conjunto de reglas que dirigen la relación de servicios públicos y la relación entre la autoridad administrativa y los particulares, se ha dado el nombre de administración”.²²

Por su parte, Andrés Serra Rojas, en su libro *Derecho Administrativo*, menciona algunos medios para que la Administración Pública realice sus operaciones:

- Planificación: comprende la previsión para realizar sus actos.
- Capacidad: medios económicos disponibles o previsibles.
- Organización: cómo se va a realizar.
- Dirección: ordenar que se haga, bajo principios económicos, jurídicos y técnicos.
- Ejecución: la realización de los fines señalados en la ley.

²⁰ Uvalle R. (2003). La Recuperación Conceptual y Metodológica de la Administración Pública, *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, vol. 10 (33), 249-272. p. 253. [en línea] <http://www.redalyc.org/pdf/105/10503311.pdf> [consulta: 24 de julio de 2016].

²¹ *Ibídem*, p. 254

²² Guerrero Orozco, O. (1985). *Introducción a la administración pública*. México: Harla S.A de C.V. p. 262.

- Control: acciones para corregir deficiencias y demandar responsabilidad a los infractores.²³

Una vez expuestas algunas aproximaciones teóricas sobre la Administración Pública y aspectos importantes para su desempeño, es necesario analizar el enfoque orgánico y reglamentario con el que debe ser examinada la administración respecto a los servicios públicos.

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, publicada en 1976, es el instrumento legal que:

“(...) establece las bases de organización de la Administración Pública Federal, centralizada y paraestatal.

La Oficina de Presidencia de la República, las Secretarías de Estado y la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal, integran la Administración Pública Centralizada.

Los organismos descentralizados, las empresas de participación estatal, las instituciones nacionales de crédito, las organizaciones auxiliares nacionales de crédito, las instituciones nacionales de seguros y de fianzas y los fideicomisos, componen la administración pública paraestatal”.²⁴

La Administración Pública Centralizada, a través de las diferentes secretarías de Estado, interviene de forma integral en necesidades de carácter fundamental para proveer de certidumbre y propiciar condiciones necesarias para el desarrollo de la población mexicana. Como ejemplo de sus funciones está: suministro de energía, telecomunicaciones, educación, vialidad, recursos naturales y derecho fundamental de la protección en salud, a cargo de la Secretaría de Salud.

De acuerdo a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Secretaría de Salud como entidad coordinadora tiene entre sus competencias:

- I. Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general...

²³ Serra Rojas, A. (1997). *Derecho administrativo*. México: Editorial Porrúa.

²⁴ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2016). *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*. México [en línea] http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/153_180716.pdf [consulta: 20 de enero de 2017].

- II. Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social...
- VI. Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema Nacional de Salud y determinará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes;
- VII. Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud.²⁵

Una vez revisada la organización de la Administración Pública, y expuestas las atribuciones de la Secretaría de Salud como órgano rector del Sector, a continuación se abordará el marco legal de la Administración Pública en torno a la prestación de los servicios de salud en el país, así como las atribuciones del Poder Ejecutivo en la protección social en salud.

1.2.1 Marco legal de la protección de la salud en México

Desde un enfoque global, el Derecho a la Protección de la Salud se encuentra citado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos que, en su artículo 25, plasma lo siguiente:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.²⁶

²⁵ Idem.

²⁶ Organización de las Naciones Unidas (2017). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. [en línea] <http://www.unesco.org/news/es/right2education>, [consulta: 12 de febrero de 2017].

En 1946, este derecho es reconocido en el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y en la Convención Americana de Derechos Humanos se señala que el cuidado de la salud depende directamente de los recursos públicos disponibles que erogue el Estado para preservarlos.

La protección de la salud en el país se encuentra a cargo del Estado y tiene su base jurídica en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), el cual señala que:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

La Administración Pública, como herramienta del Estado, cuenta con programas y actividades, las cuales se conducirán de forma programada de acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo vigente, tal y como lo señala el artículo 9 de la Ley de Planeación.

El artículo 22 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF), indica que el Presidente de la República puede celebrar convenios de coordinación de acciones con los gobiernos estatales y municipales a fin de favorecer el desarrollo integral.

Desde su inicio el cuidado de la salud estuvo estrechamente relacionado con la seguridad social, así lo señala el párrafo XXIX del artículo 123º de la CPEUM:

“Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares”.

La Ley General de Salud comprende el derecho a la protección de la salud tanto de la población asegurada como la población sin seguridad social; al respecto de ésta última, a partir del año 2003 se reformó el artículo 3º de dicha Ley y se

adicionó la Protección Social en Salud como materia de salubridad general, por ello se creó el Sistema de Protección Social en Salud y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, éste último como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud para coordinar las acciones del Sistema a nivel nacional y administrar los recursos destinados para la operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud en las entidades federativas del país.

En lo que respecta a la Protección Social en Salud, a partir de la reforma de 2003, se comienza observar bajo tres dimensiones, tal y como lo muestra el siguiente cuadro sinoptico:²⁷



Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013.

Es importante mencionar que la Ley establece las bases para garantizar el derecho a la Protección social en salud, sin embargo, el gobierno mediante su

²⁷ Knaul FM y col. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *salud pública de méxico / vol. 55, no. 2, marzo-abril de 2013*, p. 210. [en línea] <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n2/v55n2a13.pdf> [consulta: 03 de mayo de 2018].

aparato administrativo debe procurar las condiciones para responder a las demandas de la sociedad en la prestación de los servicios de salud.²⁸

Los servicios de salud conforme lo establece la Ley General de Salud en el artículo 32, se clasifican en:

- I. Servicios públicos a la población en general;
- II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;
- III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma que se contraten, y
- IV. Otros que se presten de conformidad con que establezca la autoridad sanitaria.

Para efectos del presente estudio es necesario mencionar las especificaciones respecto a los servicios públicos plasmadas en el artículo 35 del mismo orden jurídico:

“Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, preferentemente a favor de las personas pertenecientes a grupos sociales en situación de vulnerabilidad, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

Los derechohabientes de las instituciones de seguridad social podrán acceder a los que se refiere el párrafo anterior en los términos de los convenios que al efecto suscriban con dichas instituciones, de conformidad con las disposiciones aplicables”.²⁹

Una vez descritos los servicios de salud, se hará referencia a los prestadores de dichos servicios, con el objeto de comprender la diferencia entre el Sector Salud y

²⁸ De acuerdo al artículo 23 de la Ley General de Salud, los servicios de salud son todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

²⁹ Secretaría de Salud. (2018). *Ley General de Salud*. México. [en línea] http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf [consulta: 11 de abril de 2018].

el Sistema Nacional de Salud (SNS); el artículo 5 de la Ley General de Salud señala que:

“El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas y morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud”.

De acuerdo a las leyes citadas anteriormente, la sociedad mexicana cuenta con una base legal que protege a la población en una emergencia de salud o simplemente por atención preventiva; a lo largo del presente trabajo se describirá la propuesta de universalización en la prestación de los servicios de salud, de forma sistematizada las características del Sector Salud, y algunas de las acciones de gobierno bajo este esquema, para que al final de la investigación se lleve a cabo un análisis de la situación del país y, con una visión integral, se pueda inferir prospectivamente sobre la prestación de los servicios de salud en el país.

Una vez expuestas algunas aproximaciones teóricas sobre el Estado y la Administración Pública, así como del marco jurídico del ramo de estudio, es decir, la salud; es necesario abordar el tema de la política social, entendida ésta como “una evolución del papel que la acción pública ha tenido en nuestras sociedades”³⁰. Lo anterior para contar con un conocimiento integral, tanto de los aspectos teóricos del Estado, el entramado institucional responsable de ejecutar las leyes y la acción del gobierno a partir de la implementación de programas, derivados precisamente de una política social.

Se expondrá de manera conceptual el universalismo como política social contextualizado con el desarrollo del Estado, de acuerdo con Fabián Repetto y

³⁰ Abardía A. y Morales F. coordinadores, (2008). Desarrollo regional. Reflexiones para la gestión de los territorios. México: Alternativas y Capacidades, p. 245. [en línea] http://www.alternativasycapacidades.org/sites/default/files/publicacion_file/CDR_desarrolloRegional_20081203.pdf [consulta: 04 de mayo de 2018].

Luciano Andrenacci, quienes han realizado su investigación sobre temas de universalismo, ciudadanía y Estado.

Para evitar caer en el debate conceptual entre universalización y universalismo, el primer concepto se aborda simplemente como un proceso para llegar a un fin, dicho fin se refiere precisamente a la segunda apreciación, el universalismo, estudiado en este trabajo como política social para lograr la cobertura total de la población en lo que respecta al acceso y prestación de los servicios de salud en México.

Se revisarán estudios sobre la concepción de universalismo con una connotación de un universalismo básico, desde la perspectiva de autores como Fernando Filgueira, Jorge Papadopolus, Jorge Tovar y Carlos Gerardo Molina, este último junto con José Núñez del Arco, con una aproximación focalizada hacia los servicios de salud de América Latina.

1.3 Antecedentes de la política social en México

La política social puede conceptualizarse como “aquella política relativa a la administración pública de la asistencia, es decir al desarrollo y dirección de los servicios específicos del Estado y de las autoridades locales, en aspectos como la salud, educación, trabajo, vivienda, asistencia y servicios sociales”.³¹

De acuerdo a José Adelantado, la política social “analiza las cuestiones sociales, como el envejecimiento de la población, los cambios familiares o la globalización. Otro enfoque más convencional, busca soluciones a los problemas sociales como el desempleo, la pobreza,³² o el trabajo infantil; y el enfoque más

³¹ Montagut, T. (2000). Política Social. Una introducción. Barcelona: Editorial Ariel. p. 20.

³² El Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social en su publicación “Evolución y determinantes de la pobreza de las principales ciudades de México, 1990-2010”, define a la pobreza según el carecimiento de recursos para obtener los tipos de alimentación, participar en actividades y tener las condiciones de vida y comodidades habituales o aprobadas por la sociedad, de acuerdo con Peter Townsend. Amartya Sen, por su parte, definió a la pobreza como la privación de capacidades básicas que permiten que las personas puedan tener la oportunidad de evitar el hambre, la desnutrición, la carencia de una casa, o de ser capaces de tomar parte en la vida de la comunidad.

tradicional, el cual se limita a los grandes servicios públicos (sanidad, educación, pensiones, vivienda y servicios sociales personales)".³³

No se puede hablar de política social sin comprender su relación con el desarrollo económico de un Estado. En el caso mexicano, a partir de 1980, las acciones de gobierno y la participación del Estado estaban encaminadas hacia una apertura económica; interpretando a Valencia, la política social, al estar subordinada a la política económica, cumple con las funciones de acumulación, como sostén del modelo neoliberal, al propiciar las condiciones de intercambio de capital, legitimidad y de bienestar social.³⁴

En México, la preocupación y el debate por dirimir problemáticas de carácter económico más que las de carácter social, así como la implementación de las reformas de corte estructural, prolongan la estadía de problemas no superados o solventados con costos sociales.

A principios de la década de 1970 comenzó la agonía de las políticas sociales de carácter universalista implementadas a partir de 1930 y que dieron origen a la creación de la red de salud pública subsidiada por el Estado. Para incios de los años setenta, el diagnóstico afirmaba que había un déficit de eficiencia en los sectores sociales y que los recursos públicos no estaban siendo dirigidos a quienes más lo necesitaban. Además, la expansión del gasto público no estaba acompañada de incrementos en la recaudación.³⁵

³³ Adelantado, J. (2017). Las Políticas Sociales". España: s/e. [en línea]
<https://trabajosocialudocpno.files.wordpress.com/2017/11/las-politicas-sociales-por-jose-adelantado.pdf> [consulta: 18 de febrero de 2017].

³⁴ Valencia Lomelí, E. (2003). Políticas sociales y estrategias de combate a la pobreza en México. Hacia una agenda de investigación. Notas para la discusión. *Estudios Sociológicos*, vol. XXI (61), 105-133. p. 106.

³⁵ Lustig, N. y Székely, M. (1996). *México: Evolución económica, pobreza y desigualdad*. Washington D.C. p. 3. [en línea]
<http://fundacionmerced.org/bibliotecadigital/wp-content/uploads/2013/05/M%C3%A9xico-Evoluci%C3%B3n-econ%C3%B3mica-pobreza-y-desigualdad-Lustig.pdf> [consulta: 08 de febrero 2017].

En el trabajo realizado por Araceli Damián, con relación a algunos indicadores de salud a mitad de los setenta, hace mención que:

“De acuerdo a las experiencias de países que han satisfecho las necesidades esenciales de su población, el 43% de las muertes ocurridas en México en 1974 eran evitables. La situación más grave correspondía al grupo de edad de entre 1 y 4 años (con 80% de muertes evitables), y el de menores de un año (con un 63%). Se calculó que dados los recursos en salud (doctores, camas de hospital, etc.), el 45% de la población quedaba sin posibilidad de atención médica (pública o privada)”.³⁶

Estas cifras trajeron consigo la implementación de programas dirigidos a los sectores de la población con mayor marginación, un ejemplo de estos es la creación de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) que a continuación se detalla:

Este programa se creó en enero de 1977 con el propósito de llevar a cabo acciones que permitieran que las zonas rurales marginadas contaran con elementos materiales y de organización suficientes para lograr una participación más equitativa de la riqueza nacional, y que los grupos en condiciones de desventaja alcanzaran una situación de mayor equilibrio.

Los objetivos específicos de este programa fueron:

- Aprovechar adecuadamente la potencialidad productiva de los grupos marginados y de las zonas donde se hallaban asentados que asegurará una oferta más abundante de bienes fundamentalmente de alimentos y servicios.
- Promover el establecimiento de fuentes de trabajo y su diversificación en las zonas marginadas mediante la canalización de recursos públicos y privados y la capacitación de los núcleos de población.
- Lograr una remuneración justa por el trabajo y los productos generados por los grupos marginados y promover una mayor aplicación de recursos que beneficien a los

³⁶ Damián, A. (s/a). *El estudio de pobreza de COPLAMAR*. Investigación del Colegio de México, [en línea]
<http://aracelidamian.org/FinancieroPDF/Estudios%20pobreza%20PDF/EI%20estudio%20de%20COPLAMAR%2014-6-04.pdf> [consulta: 9 de febrero de 2017].

estratos más pobres en materia de alimentación, salud, educación y vivienda para propiciar un desarrollo regional más equilibrado.

- Fomentar el respeto a las formas de organización de los grupos rurales marginados.³⁷

En el ámbito económico, un factor importante que influyó negativamente en la vulnerabilidad del país en esta década fue la fluctuación de los precios del petróleo en los mercados internacionales (aproximadamente hasta 1976 México era un importador neto de petróleo y sus derivados).

De 1978 a 1981, con el descubrimiento de reservas petroleras, se comenzó a visualizar una estabilidad económica en el país, con un aumento promedio anual del Producto Interno Bruto (PIB) del 8.4%.³⁸

Años más tarde, como consecuencia de la caída del precio del petróleo y el alza en las tasas de interés internacionales, de 1983 a 1988 comenzó una época de desequilibrio interno; los salarios habían disminuido en más del 7% anual y el PIB per cápita cayó en un 2% promedio anual.³⁹ En lo que respecta al gasto social como porcentaje del PIB, de 1981 a 1990 se redujo de 9.16 a 5.85%.⁴⁰

En este periodo aumentaron las tasas de desempleo, el ingreso de las familias se mostraba con tendencia a la baja y, con la ausencia de programas de salud, inevitablemente la calidad de vida las personas se vió afectada de forma negativa.

A partir de 1980, como respuesta a las adversidades en el terreno económico, y para contrarrestar el déficit público, el Estado optó por la apertura de mercado, dejando a un lado su papel paternalista en el desarrollo económico del país. Sin embargo, a pesar de que el Estado ya no sería el agente de desarrollo, sí

³⁷ Barajas, G. (2002). Las políticas de administración de la pobreza en México: Ayer y hoy. *Foro Internacional*, vol. 42 (1), 63-98. p .75.

³⁸ *Ibíd*em, p. 4.

³⁹ *Ídem*.

⁴⁰ Farfán Mendoza, G. (s/a). Políticas de estabilización y reformas a la política social en México, en Barba Solano, C. y Valencia Lomelí, E. (coords.). *El debate nacional. La política social*, México: Universidad de Guadalajara-Editorial Diana. p. 41.

sería intermediario para lograr un equilibrio macroeconómico y fomentar la libre competencia.⁴¹

En lo que respecta a los servicios públicos, se dio una transformación de la política social inmersa en una reorganización y redistribución en aquello que se consideraban servicios de primera necesidad, tales como la salud y la educación. Se comenzó a observar el ejercicio del gasto público a partir de enfoques de productividad y eficiencia, así como de focalización de los programas hacia una población objetivo. Dichos aspectos serían parte de la transición hacia un proceso donde hay una mayor injerencia de actores con intereses privados en la prestación de servicios de carácter público.

1.3.1 Focalización

Como efecto de la implementación de las políticas de bienestar tradicionales, “en los años ochenta el país se mostraba con una disminución de empleos, reducción en el gasto social, una pérdida creciente del poder adquisitivo desde 1982 y un crecimiento en las actividades informales”.⁴² Aunado a esto, en torno a los servicios de salud, la política social ha estado directamente relacionada con la seguridad social, de forma más específica con la condición laboral de la población; junto con ello estaba la insatisfacción social de los sectores desprotegidos o sin seguridad social, que iba en aumento. Por lo que, en este marco, el Estado se vio en la necesidad de desplazar sus acciones hacia la focalización como política social.

Es preciso hacer mención que el tema de la focalización no se aborda como contraparte de la universalización, sino como alternativa de política social, tomada

⁴¹ Pardo, M. (2010). El Estado mexicano: ¿de la intervención a la regulación?, en Loeza, S. y Prud'homme, J. (coords.) *Los grandes problemas de México. Instituciones y procesos políticos*. México: El Colegio de México. p. 82.

⁴² Moyado, F. (1996). La política social en México: Un enfoque descentralizador con fines de adaptación, *Estudios políticos*, Núm. 12, Cuarta Época, julio-septiembre, p.140. [en línea] www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/download/37108/33697 [consulta: 10 de mayo de 2018].

en cuenta como cambio de objetivo de ésta última donde el ciudadano pasa de ser receptor por derecho a ser ciudadano como receptor estratégico, es decir aquel detectado por zona de riesgo, en el caso de la focalización geográfica.

La focalización surge con la finalidad de mejorar la equidad en el sector salud, el propósito central de estas políticas es facilitar el acceso a los servicios de salud de las personas de bajos ingresos, para reducir las brechas de desigualdad entre los grupos de mayor marginación y la población que cuenta con acceso a los servicios.

Si bien los programas focalizados están dirigidos a las personas que más los necesitan, para poder cumplir el objetivo de detectar eficazmente a estos sectores de la población, los programas deben contemplar dentro de sus presupuestos la erogación del gasto para costos administrativos; ya sea en trabajo de campo o de oficina, es necesario emplear personal para llevar a cabo estas actividades.

La estrategia de focalización, a diferencia de los programas de corte universal donde los recursos son utilizados y visualizados a través de la prestación de servicios en especie, busca la asignación adecuada recursos con un fin productivo a través de transferencias condicionadas.

Dicha política social se ve influenciada con gran fuerza por las formas de operar del mercado, es decir, a través de la relación entre la oferta y la demanda aplicada en el ámbito público, respaldada por un trabajo previo de observancia que en cierta parte asegura la erogación del gasto hacia la población que más lo necesita.

En lo que respecta a la relación de la focalización con el mercado, también es importante tomar en cuenta el contexto económico donde comenzaron a surgir estos programas; en este sentido, en el ámbito internacional, en 1989 fue firmado del Consenso de Washington, el cual resalta el papel del Estado liberal mínimo y la operación de políticas sociales bajo estándares de eficiencia.

Con relación al tema de la eficiencia y eficacia, en lo que se refiere a la Administración Pública como materia de estudio, se comienza a hacer referencia a lo que se conoce como la Nueva Gestión Pública (NGP) donde su propuesta se

basa “en el entendido de que la responsabilidad de la gerencia pública esta ligada a la eficacia y eficiencia de gestión”.⁴³

De acuerdo a Barzelay, la NGP contiene al menos tres intencionalidades:

- “- La primera hace referencia a un movimiento o tendencia que se detecta en el sector público de algunos países occidentales, fundamentalmente anglosajones, que han ido transformando el aparato ejecutivo del Estado mediante la introducción de técnicas de gestión empresarial y organización económica.
- La segunda identifica la nueva gestión pública como una perspectiva novedosa de comprensión, análisis y abordaje de los problemas de la Administración Pública. Su contribución esencial sería el acento en el empirismo y la aplicación de valores de eficacia y eficiencia a su funcionamiento, por encima de los valores tradicionales del modelo administrativo.
- La tercera sería completamente normativa e identifica la nueva gestión pública como un modelo, es decir como una serie de principios, políticas y técnicas para el manejo del sector público que se consideran superiores y cuya aplicación implícita o explícitamente se recomendaría”.⁴⁴

Por su parte, Fabio Veras, alude que “la eficiencia es un producto del funcionamiento del mercado y un medio para mejorar el bienestar de todos al garantizar la máxima eficiencia en la distribución de los recursos productivos: asegurando el progreso material de las sociedades”.⁴⁵

La conceptualización de eficiencia desde la óptica del mercado se retoma en el contexto económico de transición hacia un nuevo modelo de desarrollo, con la redefinición del papel del Estado en la distribución del ingreso, y en el caso de

⁴³Presentación de Oyarce H., (S/A), *Gerencia Pública*, CEPAL, [en línea], https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/4/45114/Gerencia_Publica2011_HOYARCE.pdf [consulta 10 de mayo 2018].

⁴⁴ Retomado por Longo, F y Echebarria K. (S/A), *La Nueva Gestión Pública en la Reforma del Núcleo Estratégico del Gobierno: Experiencias Latinoamericanas*. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, p. 2 [en línea], <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/CLAD0040203.pdf>, [consulta 12 de mayo de 2018].

⁴⁵ Veras , F. (2006). Universalización o focalización – un falso dilema. Brasil: Centro Internacional de Pobreza, PNUD/IPEA. [en línea] www.ipc-undp.org/paper-seminar/UniversalizacionOFocalizacionUnFalsoDilema.ppt [consulta: 07 de mayo de 2017].

las problemáticas sociales, con la puesta en marcha de programas focalizados bajo la idea de un mayor aprovechamiento del gasto.

Como antecedente, a partir de los años setenta se llevaron a cabo acciones encaminadas para contrarrestar el problema de pobreza; por ejemplo, en 1973, la creación del Programa de Inversiones Públicas para el Desarrollo Rural (Pider), el cual tenía como objetivo fundamental lograr un desarrollo en el sector rural con el uso racional de los recursos naturales y el fomento a la no migración de la población rural a las ciudades para aspirar a una mejor calidad de vida, o por falta de incentivos para el aumento de su producción interna. De acuerdo a Gabriela Barajas, con este programa comenzaría la administración de la pobreza “dentro del estancamiento económico y potencial inestabilidad política y social”.⁴⁶

Para darse una idea de la situación del campo al momento de la implementación de dicho programa, y posteriormente de la Coplamar en 1977, la misma autora retoma de una publicación de la Secretaría de Programación y Presupuesto en 1985 un diagnóstico oficial sobre las condiciones del campo en 1973:

“En el medio rural se observa una concentración del ingreso y la riqueza en los productores agrícolas ubicados en las zonas de riego, a los cuales se les había favorecido con obras de infraestructura, investigación, asistencia técnica, insumos, créditos, etc., dedicándose a la producción de cultivos para la exportación . Otros beneficiarios de este progreso, fueron los intermediarios [...]; los ganaderos particulares, que expandieron sus superficies para realizar explotaciones de tipo intensivo con la protección de la ley agraria; y los concesionario privados de bosques con talas irracionales. Frente a éstos, se encontraba la mayor parte de la población del medio rural que habitaba en zonas de temporal con pésimas condiciones de vida en materia de nutrición, salud, educación y vivienda, que por falta de apoyo empezaba a dejar de

⁴⁶ Barajas, G., op.cit., p. 65.

producir alimentos necesarios para su propia subsistencia y emigraban a las zonas urbanas".⁴⁷

Ante la persistencia de la crisis agrícola, en 1980 nació el Sistema Alimentario Mexicano (SAM);⁴⁸ en apoyo al ámbito productivo, su objetivo era alcanzar los mínimos nutricionales de la población rural y combatir plagas y, por consiguiente, las enfermedades a causa de las semillas o productos en malas condiciones.

Para comprender de mejor manera la focalización como política social, a continuación se describirán brevemente algunos programas implementados en México.

El Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), fue creado en 1989, al inicio del periodo presidencial de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994). Es preciso mencionar que, en el sexenio de Salinas de Gortari, el gasto en desarrollo social del presupuesto federal tuvo un incremento relevante, siendo el mayor aumento porcentual desde 1921.⁴⁹

En 1997, Pronasol es sustituido por el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), con una cobertura al comienzo de 300 mil personas en el ámbito rural; después en el año 2002, el Programa de Desarrollo Humano (Oportunidades), aumentó la cobertura a los 32 estados del país, alcanzando 4.2 millones de hogares.

Por decreto presidencial de Enrique Peña Nieto, en 2013 fue puesto en marcha el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre y, de forma breve, se hará mención del Programa de Inclusión Social (Prospera), nombre recibido al transformarse y fortalecerse el programa Oportunidades, en septiembre de 2014.

⁴⁷ Barajas, G., op.cit., p. 66.

⁴⁸ *Ibidem*, p. 67,

⁴⁹ Moreno Salazar, P., Ortiz, C. y Marrufo, E. (2004). Veinticinco años de políticas de desarrollo social en México. *Sociológica*, año 19 (54), p. 61.

Pronasol

De igual forma que el Pider y el SAM, este programa surgió en el contexto de la crisis económica, con una demanda social que rebasaba la capacidad de respuesta de las instituciones.

La operación del programa se basaba en cuatro principios fundamentales:

- I) Respeto a la voluntad, a las iniciativas y a las formas de organización de los individuos y las comunidades;
- II) Participación plena, efectiva y organizada de las comunidades en todas las acciones del programa;
- III) Corresponsabilidad entre la sociedad organizada y en movimiento con el Estado para afrontar las tareas de política social;
- IV) Honestidad y transparencia en el manejo de los recursos.⁵⁰

Una de las características más importantes de este programa fue la creación de un método de trabajo que integraba a la comunidad y que fue el componente central de los denominados “comités de solidaridad”⁵¹; estos comités dieron origen a un nuevo tipo de organización social institucionalizada, el cual era requisito para canalizar las demandas y otorgar créditos. Con esto se pretendía eliminar el burocratismo y el intermediarismo que había caracterizado a la política social de corte universal.

Progres-Oportunidades

Durante el sexenio del presidente Ernesto Zedillo (1994-2000), la situación en el ámbito económico no era favorable; a principios de su gobierno, como consecuencia de la crisis por la que atravesaba el país, se dio la devaluación del peso.

⁵⁰ Leco Tomás, C. y Bollain Parra, E. (2013). *La política social en México, 1970-2013*. México: INCEPTUM. p. 195. [en línea]

<http://inceptum.umich.mx/index.php/inceptum/article/viewFile/230/211> [consulta: 15 de junio de 2017].

⁵¹ Ídem.

Además de la crisis en el terreno económico, en lo que corresponde a lo social, “el número de pobres en el país llegó a 63 millones en 1996; es decir, el 69% de la población, la cifra más alta que se ha tenido desde 1990”.⁵²

Por lo anterior, en 1997 el Pronasol fue sustituido por el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), cuyo objetivo fue intervenir para el desarrollo de capital humano en aquellas familias que vivían en situación de pobreza extrema, con el fin de impulsar y fortalecer sus capacidades y potencialidades, elevar su nivel de vida y propiciar su incorporación al desarrollo nacional.

Las acciones fundamentales del programa fueron sustentadas en cinco objetivos:

- I) Mejorar sustancialmente las condiciones de educación, salud y alimentación de las familias pobres, particularmente de la población más vulnerable;
- II) Integrar las acciones de educación y salud para que el aprovechamiento escolar no se vea afectado por enfermedades o desnutrición de los niños y jóvenes;
- III) Procurar que los hogares dispongan de medios y de recursos suficientes para que sus hijos completen la educación básica;
- IV) Inducir la responsabilidad y participación activa de los padres y de todos los miembros de las familias a favor del beneficio que significa para los niños y los jóvenes mejorar su educación, salud y alimentación y
- V) Promover la participación y el respaldo comunitario en las acciones de PROGRESA para que los servicios educativos y de salud beneficien al conjunto de las familias de las localidades en donde opera.⁵³

Para la operación de este programa se implementaron mecanismos de corresponsabilidad, es por esto que este programa es considerado compensatorio; funcionó mediante la entrega de paquetes básicos y subsidios alimentarios, poniendo un gran énfasis en las mujeres y en los niños en condiciones de pobreza, reduciendo la tendencia hacia el otorgamiento de subsidios generales.

⁵² Leco Tomás, C. y Bollain Parra, E., op. cit., p. 196.

⁵³ *Ibíd.*, p. 197.

En el año 2002 este programa se transformó en Oportunidades, el cual continuó con las mismas características que Progresá pero se integraron algunas acciones para mejorar los métodos de selección de beneficiarios y aumentar la cobertura no solamente en localidades rurales sino también en zonas marginadas urbanas; el presupuesto destinado para Oportunidades aumentó.

Cabe resaltar que este programa, por la forma de operar y sus acciones innovadoras para contrarrestar la problemática de pobreza, fue considerado como de los primeros Programas de Transferencias en Efectivo Condicionadas de América Latina, a partir de la inversión en el Capital Humano.

La premisa para el diseño de Oportunidades fue romper con el círculo vicioso entre factores que impiden el desarrollo de las familias, como son la falta de educación y el acceso a los servicios de salud, por mencionar algunos. Por lo que la transferencia de ingresos fomenta el desarrollo de las capacidades de las personas y por ende aumentan las oportunidades de salir de la situación en que se encuentran, que incluso puede ser intergeneracional.

La relevancia de este programa parte tanto por la innovación en su operación, al emplear mecanismos de focalización geográfica e individual, pero también por su duración que, aunque no ha sido el mismo como tal, ha continuado por la línea de la focalización por más de tres sexenios, incluso en el cambio de partido político al mando del poder ejecutivo en el año 2000, al llegar Vicente Fox Quezada por el Partido Acción Nacional.

Resalta que en el año 2000, a pesar de haber transcurrido doce años desde la implementación del Pronasol, de acuerdo a cifras del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), “52.7 millones de personas no tenían acceso a alimentos, vestido, educación y salud”⁵⁴, asimismo, a finales del sexenio de Vicente Fox Quezada (2006), la misma fuente observó una disminución considerable e incluso la cifra más baja desde 1990 respecto a

⁵⁴ Leco Tomás, C. y Bollain Parra, E., op. cit. p. 200.

los índices de pobreza, haciendo mención que “el 45.5 millones eran pobres, es decir, 42% de la población total estaban en esa condición”, pero como se puede observar todavía era casi la mitad de la población en el país.

Para 2011, a finales del sexenio de Felipe Calderón Hinojosa, en cuanto a la cobertura poblacional, las familias que estaban cubiertas por el programa eran más de seis millones, 61% de las cubiertas en dicho año, pero no era suficiente para combatir el problema de pobreza pues Coneval informó oficialmente que a finales del año 2011, el 53% de los mexicanos vivía en condiciones de pobreza.

Si bien, ya habían pasado más de dos décadas de la implantación de los primeros programas focalizados, en 2013 el gobierno mexicano continuó bajo esta misma línea y, como medida para fortalecer al programa Oportunidades, el 22 de enero de 2013 se creó por decreto presidencial el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre,⁵⁵ que en un primer momento estaba dirigido a “7 millones 400 mexicanos de los 13 millones que padecían pobreza alimentaria”.⁵⁶

El problema principal que atiende la Cruzada es la pobreza extrema con carencia alimentaria para contrarrestar la desigualdad en el país. De acuerdo a lo establecido en dicho decreto:

“La Cruzada contra el Hambre es una estrategia de inclusión y bienestar social, que se implementará a partir de un proceso participativo de amplio alcance cuyo propósito es conjuntar esfuerzos y recursos de la Federación, las entidades federativas y los municipios, así como de los sectores público, social y privado y de organismos e instituciones internacionales...”⁵⁷

Los objetivos de la Cruzada de acuerdo a la misma fuente son:

“1. Cero hambre a partir de una alimentación y nutrición adecuada de las personas en pobreza multidimensional extrema y carencia de acceso a la alimentación;

⁵⁵ Se define el “hambre” como la situación que enfrenta una persona al encontrarse en pobreza extrema y con carencia alimentaria.

⁵⁶ Leco Tomás, C. y Bollain Parra, E., op. cit., p. 203.

⁵⁷ González E. (2015), *Cruzada Nacional contra el Hambre*, México, Secretaría de Desarrollo Social, [en línea] http://www.mppn.org/wp-content/uploads/2016/11/19.-MEXICO_ESP_WEDS.pdf, [consulta 30 de abril de 2018].

- II. Eliminar la desnutrición infantil aguda y mejorar los indicadores de peso y talla de la niñez;
- III. Aumentar la producción de alimentos y el ingreso de los campesinos y pequeños productores agrícolas;
- IV. Minimizar las pérdidas post-cosecha y de alimentos durante su almacenamiento, transporte, distribución y comercialización, y
- V. Promover la participación comunitaria para la erradicación del hambre.”⁵⁸

En apoyo para la instrumentación de la Cruzada hay una serie de programas del gobierno federal que participan para el cumplimiento de sus objetivos. Para efectos de la presente investigación a continuación se hará mención únicamente de los programas del Ramo 12 Salud, sin dejar a un lado el carácter integral de la Cruzada y la coordinación interinstitucional con dependencias de la administración pública en el ámbito federal, así como a nivel estatal:

- Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
- Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable
- Caravanas de la Salud
- Seguro Médico Siglo XXI
- Seguro Popular
- Prevención contra la obesidad.

Un elemento importante para entender la continuación de estos programas dentro de la política social en el país (desde la creación de Pronasol a la fecha), es que estos se han figurado en cada periodo presidencial como estandartes personales de los titulares del poder ejecutivo; sin embargo, a más de dos décadas de la implementación del primer programa, tan sólo de 2008 a 2010 aumentó de 21.7% a 24.9%⁵⁹ la población con carencia alimentaria, es decir 3.2 millones de personas más con hambre.

⁵⁸ Idem.

⁵⁹ México. (2016). *La Cruzada contra el Hambre es parte de la Estrategia de Inclusión Social*. [en línea] <https://www.gob.mx/sinhambre/documentos/cruzada-contra-el-hambre-parte-de-la-estrategia-de-inclusion-social?idiom=es> [consulta: 15 de junio de 2017].

En el plano de la seguridad social y del acceso a los servicios de salud, de acuerdo a cifras publicadas por el Coneval en agosto de 2015 respecto a la disminución de las carencias sociales, de 2013 a 2015 hubo una disminución de dichas carencias, 8.6% y 22.1% respectivamente.⁶⁰

Las cifras anteriores pueden ser comprendidas de mejor manera al tener en cuenta que la seguridad social depende de las oportunidades de empleo, y el acceso a los servicios de salud depende de la implementación de los programas en el ramo de la salud; pero por su relevancia en cobertura poblacional, esas cifras podrían modificarse como resultado de los avances del Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular, que por su naturaleza y carácter universal se hará referencia en el último capítulo dentro de los avances de la universalización de los servicios de salud en el país.

Como se pudo observar, las políticas sociales en México han pasado por diferentes etapas, pero buena parte de los beneficios sociales a cargo del Estado no causaron el impacto distributivo deseado, por lo que dentro de la gestión pública se considera un cambio de horizonte estratégico de política social, que transite de políticas de intervención basadas en el combate a la pobreza hacia la construcción de políticas con umbrales de carácter universal.

Cuando se habla del impacto distributivo se hace referencia a un tema preocupante que ha asechado al país por mucho tiempo: la desigualdad. De acuerdo al Programa Universitario de Derechos Humanos de la Universidad Nacional Autónoma de México, en su publicación sobre desigualdad extrema en México realizado por Oxfam México⁶¹, en el año 2015 “la riqueza de los 4 millonarios más ricos de México representaba el 9% del PIB mexicano, y la mitad

⁶⁰ Ídem.

⁶¹ Oxfam México es parte de un movimiento global que trabaja en 94 países para construir un futuro libre de injusticia y pobreza. Nació en 1996 como la Fundación Vamos, conformada por líderes de redes y organizaciones de la sociedad civil con una larga trayectoria en el campo del desarrollo social y los derechos humanos. La misión de Oxfam México es combatir la desigualdad extrema y trabajar con otros para lograr que todos los seres humanos puedan ejercer plenamente sus derechos y disfrutar de una vida digna.

de los mexicanos permanece en pobreza. Es decir, más de 50 millones de mexicanos y mexicanas”.⁶²

Asimismo, Consuelo López Zuriaga, directora de Oxfam México, en su informe sobre el mismo estudio señaló lo siguiente:

“Vemos con preocupación la excesiva influencia de los poderes económicos privados en la política pública, y es alarmante observar la interferencia que esto implica para el ejercicio de los derechos ciudadanos. Por ejemplo, mientras que la riqueza de los multimillonarios mexicanos se multiplica por cinco, el 48% de las escuelas públicas carece de acceso a drenaje; el 31% carece de acceso a agua potable; el 12,8 no cuenta con baños o sanitarios; el 11,2% carece de acceso a agua potable”.

Además menciona que:

“Esta tendencia de acumulación de riqueza en pocas manos es global y provoca sociedades más desiguales y violentas en las que la combinación de falta de inversión en políticas sociales, fiscalidad regresiva y regulación deficiente de sectores estratégicos, lastra las posibilidades de los más vulnerables a llevar una vida digna y a tener las mismas oportunidades de partida”.

Con relación a las cifras de desigualdad, de acuerdo a los resultados de pobreza en México del año 2016, publicados por el Coneval, 19.1 millones de mexicanos no tenía acceso a los servicios de salud y 68.4 millones se encontraban sin acceso a la seguridad social. Dichas cifras son precedente importante para comprender la propuesta de universalización de los servicios de salud y, de manera más específica, del universalismo básico como alternativa de política social.⁶³

⁶² Programa Universitario de Derechos Humanos. (2015). Desigualdad Extrema en México. Concentración del Poder Económico y Político. *Revista PERSEO*. [en línea] <http://www.pudh.unam.mx/perseo/desigualdad-extrema-en-mexico-concentracion-del-poder-economico-y-politico/> [consulta: 16 de julio de 2017].

⁶³ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2016). *Medición de la pobreza*. México. [en línea] <http://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx> [consulta: 16 de julio de 2017].

Cuadro 1
Medición de la pobreza, Estados Unidos Mexicanos, 2016
Porcentaje, número de personas y carencias promedio por indicador de pobreza, 2010-2016

Indicadores	Estados Unidos Mexicanos											
	Porcentaje				Millones de personas				Carencias promedio			
	2010	2012	2014	2016	2010	2012	2014	2016	2010	2012	2014	2016
Pobreza												
Población en situación de pobreza	46.1	45.5	46.2	43.6	52.8	53.3	55.3	53.4	2.6	2.4	2.3	2.2
Población en situación de pobreza moderada	34.8	35.7	36.6	35.9	39.8	41.8	43.9	44.0	2.2	2.0	1.9	1.9
Población en situación de pobreza extrema	11.3	9.8	9.5	7.6	13.0	11.5	11.4	9.4	3.8	3.7	3.6	3.5
Población vulnerable por carencias sociales	28.1	28.6	26.3	26.8	32.1	33.5	31.5	32.9	1.9	1.8	1.8	1.7
Población vulnerable por ingresos	5.9	6.2	7.1	7.0	6.7	7.2	8.5	8.6	0.0	0.0	0.0	0.0
Población no pobre y no vulnerable	19.9	19.8	20.5	22.6	22.8	23.2	24.6	27.8	0.0	0.0	0.0	0.0
Privación social												
Población con al menos una carencia social	74.2	74.1	72.4	70.4	85.0	86.9	86.8	86.3	2.3	2.2	2.1	2.0
Población con al menos tres carencias sociales	28.2	23.9	22.1	18.7	32.4	28.1	26.5	23.0	3.6	3.5	3.5	3.4
Indicadores de carencia social												
Rezago educativo	20.7	19.2	18.7	17.4	23.7	22.6	22.4	21.3	3.1	2.9	2.8	2.6
Carencia por acceso a los servicios de salud	29.2	21.5	18.2	15.5	33.5	25.3	21.8	19.1	3.0	2.8	2.8	2.7
Carencia por acceso a la seguridad social	60.7	61.2	58.5	55.8	69.6	71.8	70.1	68.4	2.5	2.3	2.3	2.2
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	15.2	13.6	12.3	12.0	17.4	15.9	14.8	14.8	3.6	3.4	3.3	3.1
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	22.9	21.2	21.2	19.3	26.3	24.9	25.4	23.7	3.3	3.2	3.1	2.9
Carencia por acceso a la alimentación	24.8	23.3	23.4	20.1	28.4	27.4	28.0	24.6	3.0	2.9	2.8	2.6
Bienestar												
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo	19.4	20.0	20.6	17.5	22.2	23.5	24.6	21.4	2.9	2.5	2.5	2.4
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar	52.0	51.6	53.2	50.6	59.6	60.6	63.8	62.0	2.3	2.1	2.0	1.9

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y el MEC 2016 del MCS-ENIGH.

Fuente: CONEVAL, 2016

1.3.2 Privatización

Como se ha observado durante la investigación, la política social en México ha estado supeditada a las decisiones tomadas respecto al desarrollo de la política económica. Se hará referencia al tema de la privatización en torno a la prestación de los servicios de salud, pero también con una estrecha relación con la seguridad social; lo anterior por la predominancia de ésta última en la conformación actual del Sistema de Salud y la provisión de servicios.

En el estudio realizado por Thais Maingón sobre el proceso de privatización en los servicios de salud en América Latina y el Caribe, se conceptualiza la privatización desde tres enfoques:

- El primer enfoque considera a la privatización como un fin en sí mismo y enfatiza sus aspectos económicos. La sociedad civil es representada por el empresariado organizado y se coloca por encima del Estado; separa el sector público y el privado, el primero dedicado a lo social y el segundo de forma estricta a lo económico, con la idea de que dichas condiciones son necesarias para alcanzar un crecimiento económico.
- El segundo enfoque considera a la privatización como un proceso vinculado a los aspectos políticos sociales, las decisiones políticas y las características

socioculturales de cada país, por lo que este enfoque no pondera al desarrollo económico, sino de forma integral, aspectos sociales, económicos, políticos y culturales que intervienen en el proceso de privatización que, de acuerdo a las condiciones de cada país, redimensiona la intervención estatal en aspectos económicos y propone una redefinición de la intervención pública y privada en aspectos sociales.

- El tercer enfoque analiza el aumento de la participación del sector privado en todos los subsectores, antes y después de la década de los ochenta, lo anterior bajo el esquema de la firma de convenios, es decir, se marca una brecha en el proceso de privatización como tal, si hay de por medio un convenio o negociación.⁶⁴

En un sentido amplio, se puede inferir que las constantes en los tres enfoques antes descritos son: la reducción de la intervención del Estado en aspectos económicos y la desregulación en la prestación de los servicios públicos.

La privatización no se puede entender como un proceso aislado o único, sino como la sistematización de algunas decisiones referentes a aspectos económicos y sociales, y de diferentes sectores de la sociedad donde intervienen distintos actores. Tampoco es posible comprender este proceso sin contextualizarse en el marco de las transformaciones globales, que aunado con la crisis del modelo del Estado interventor, crean escenarios de incertidumbre donde el Estado busca una respuesta en la apertura económica, y en la instrumentación de políticas, muchas veces con influencia de organismos internacionales.

De acuerdo a Maingón, existen enfoques pero también modalidades de privatización, formales e informales, las primeras surgen en el momento en que se lleva a cabo “la transferencia de un servicio o gestión de un organismo público a una organización privada; la reducción de la participación del Estado en las empresas de capital social; la venta de activos, y/o la compra de servicios, generalmente a través de contratos”.⁶⁵

⁶⁴ Maingón, T. (s/a). *Proceso de Privatización en los Servicios de Salud en América Latina y El Caribe: estudio de caso*. México. pp 3-4.

⁶⁵ *Ibíd*em, p. 8.

La privatización dentro de la modalidad informal se caracteriza por “el desfinanciamiento hacia el sector, el abandono en infraestructura, el deterioro de las condiciones de trabajo, de la remuneración y de la calidad de la prestación del servicio, a este proceso se le denomina *muertelenta* o *mothballing* en inglés”.⁶⁶

Algunas de las acciones del gobierno relacionadas con el proceso de privatización comenzaron a partir de la década de 1990 y están relacionadas con el tema de seguridad social y la administración de los recursos de los trabajadores.

En 1992 se creó el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR). En éste se aportaría el 2% del salario base de cotización para retiro y 5% para poder acceder a una vivienda; los recursos por cada individuo se resguardarían en el Banco Central.⁶⁷

En el sexenio de Ernesto Zedillo Ponce de León, de 1994 a 2000, la administración tuvo como objetivo central la promoción del ahorro interno y, en particular, del privado, como una fuente de financiamiento estable y permanente de la inversión.

Ante la crisis económica y financiera que se padecía en el país, el 1 de julio de 1997 entró en vigor la reforma al sistema de pensiones del IMSS. Dicha reforma implicó la sustitución del sistema público de pensiones con beneficios definidos por uno de capitalización total, basado en cuentas individuales administradas por intermediarios financieros.

Para la administración de los recursos acumulados en las cuentas individuales se crearon las entidades financieras especializadas denominadas: Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores). La cuenta individual se compone de tres subcuentas: retiro, aportaciones voluntarias y vivienda; esta última es administrada por el Instituto de Fomento Nacional para la Vivienda de los

⁶⁶ Ídem.

⁶⁷ Villagómez, A. y Hernández, J. (2010). Impacto de la reforma al sistema de pensiones en México sobre el ahorro. *Economía Mexicana. Nueva Época*, vol. XIX (2), 271-310. p. 277. [en línea] <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32315831003> [consulta: 18 de abril de 2017]

Trabajadores (Infonavit). En lo que corresponde a las subcuentas de retiro y aportaciones voluntarias, se invierten a través de las Sociedades de Inversión Especializadas en Fondos para el Retiro (Siefores),⁶⁸ con el fin de incrementar los beneficios en la cuenta. A pesar de que la actividad de las Afores está regulada por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar), este cambio de modelo implica incertidumbre a la hora de llegar a la edad de pensionarse, ya que se está especulando en los mercados financieros con las contribuciones de los trabajadores.

Además, es preciso hacer mención que en esta reforma los años para poder tener el derecho a una pensión pasó de 500 semanas cotizadas a 1,250, es decir, un aumento de 15 años de cotización.⁶⁹

Las acciones antes mencionadas se pueden comprender a partir de la necesidad del país por enfrentar el crecimiento demográfico y de disminuir la responsabilidad del Estado en la erogación de recursos hacia la población susceptible a recibir una pensión en el largo plazo.

De acuerdo a lo que menciona Sara Gordon en su aproximación sobre el tema del universalismo y la transición hacia los programas focalizados, hubo un cambio de visión por parte del Estado, pasando “de lo colectivo a lo individual”,⁷⁰ dejando de un lado la concepción solidaria al hacer énfasis en el beneficio personal.

Se hace referencia al tema de la administración de los fondos de retiro, por la relación que hay en el acceso a los servicios de salud para la población que cuenta con seguridad social dentro del sistema de salud en México, mismo que será expuesto posteriormente.

⁶⁸ *Ibíd*em, p. 278.

⁶⁹ Se entiende por semana cotizada al factor de cálculo por parte del IMSS.

⁷⁰ Gordon, S. (1999), “Del universalismo estratificado a los programas focalizados. Una aproximación a la política social en México”, en Scheingart, Martha, coord., *Políticas sociales para los pobres en América Latina*, México, Porrúa, p.61

Por mencionar un dato, en el año 2000 había más de 50 millones de personas que no tenían acceso a los servicios de salud, entonces, si se tiene en cuenta que la transformación al modelo de cuentas individuales administradas por instituciones privadas estaba estrechamente relacionada con las personas que contaban con seguridad social, y el Estado ya había cedido su responsabilidad por lo menos en la administración de los fondos de las pensiones, nace la interrogante: ¿qué le esperaba a esa parte de la población sin seguridad social y por ende sin acceso a los servicios de salud?

Una vez comprendidas las diferentes políticas sociales y las transformaciones que ha tenido el Estado, así como la política económica, a continuación se hará referencia a la alternativa de política social propuesta por diferentes autores, precisamente para responder a las diferentes interrogantes e incertidumbre generada para la cobertura efectiva de la población en el acceso a los servicios de salud en el país.

1.4 Universalismo básico como alternativa de política social

Durante más de dos décadas, la política social en México ha estado dirigida hacia los sectores con mayor vulnerabilidad, específicamente a la población en situación de pobreza. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos del gobierno por combatirla, en el 2016, de acuerdo al Coneval, el 43.6% de la población total del país continuaba en este estado.

La política social universalista no sólo trata de la prestación de servicios de carácter social, implica una estructura fiscal, sistemas de transferencia, corresponsabilidad ciudadana y distribución efectiva del ingreso. También hace énfasis en las oportunidades para contar con seguridad social la cual está directamente relacionada con una condición laboral formal.

El universalismo básico (UB) puede definirse como:

“... una política social orientada por la cobertura universal de prestaciones y riesgos esenciales, asegurando el acceso a transferencias, servicios y productos que cumplan con estándares de calidad, otorgados sobre la base de

los principios de ciudadanía. Es decir, distanciándose del principio de selección de los beneficiarios de los servicios según prueba de recursos y de necesidad que predominan en la región. En este punto de vista, que propone concebir a los servicios sociales como derechos que a la vez generan deberes, una política social de UB apunta a promover un conjunto limitado de prestaciones básicas, que incluye entre ellas las prestaciones esenciales de derecho universal, conjunto que variará con las posibilidades y definiciones propias de cada país”.⁷¹

Se trata de una propuesta que comprende la situación real del sector salud en el país, la fragmentación del sistema de salud, la desigualdad y las limitaciones presupuestarias de las instituciones.

En este contexto, se requiere de una serie de acciones fiscales dirigidas al incremento de los recursos públicos para ser designados a programas sociales, a fin de que, una vez otorgadas las prestaciones básicas, se dé un aumento en la protección social de manera horizontal y la sociedad pueda contar con servicios sociales de calidad.

Con relación al tema de los servicios de salud, se busca alcanzar la protección social en salud de la totalidad de la población. La crítica a los servicios del sector salud ha estado dirigida hacia su ineficiencia; en términos cuantitativos, en lo que corresponde a los recursos físicos y humanos, se aprecia en la proporción de unidades hospitalarias, camas censables y personal médico disponible por cada habitante en México. Al igual que en el acceso a los servicios y cobertura poblacional de las instituciones, ya sea para población asegurada o para población abierta, ésta última que no cuenta con ningún esquema de aseguramiento.

De acuerdo al Quinto Informe de labores de la Secretaría de Salud 2016-2017, en lo que se refiere a los recursos:

⁷¹ Filgueira, F., Molina, C., Papadópulos, J. y Tobar, F. (2005). *Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida en América Latina*. Uruguay: Centro de Información y Estudios de Uruguay.

“Desde el año 2007 se registró un incremento en el número de unidades hospitalarias existentes, que entonces era de 2,580 y alcanzó en el año 2014 un total de 4,550 unidades hospitalarias, alrededor de cuatro por cada 100 mil habitantes. No obstante, existen importantes desigualdades en su distribución, tanto por entidad federativa como por institución. En 2014, 69%7 de las unidades de hospitalización correspondían al sector privado, aunque estas solamente contaban con 29% del total de camas, lo cual indica que los hospitales de este sector son pequeños. Sin embargo, debido a la fragmentación del sistema y a una ineficiente distribución de unidades, siguen existiendo simultáneamente lugares donde los pacientes deben recorrer grandes distancias para poder recibir la atención, sitios donde la calidad de los servicios se puede ver mermada a causa de la sobredemanda del servicio hospitalario y áreas donde existe una subutilización de las unidades”.⁷²

La cita anterior hace referencia a los recursos físicos disponibles para la prestación de los servicios de salud; dichos recursos tienen relación directa con la calidad de los servicios otorgados. La calidad es primordial dentro de la propuesta de universalización para abatir la saturación en la demanda de servicios hospitalarios, los tiempos de espera y en general la capacidad de respuesta de los servicios de salud ante una emergencia o enfermedad de las familias mexicanas.

Como se mencionó, durante muchos años las operaciones del Estado estuvieron concentradas en la población en condiciones de pobreza, pero de forma paralela también fueron abiertas las puertas a la intervención de figuras de carácter privado en aspectos relacionados con la seguridad social. Estas acciones, entre otras, provocaron que en los últimos años se perdiera de vista la importancia de los servicios como derecho universal y la responsabilidad del Estado en su provisión.

⁷² Secretaría de Salud. (2018), Quinto Informe de Labores 2016-2017. México, [en línea] https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/254434/5to_IL_SS.pdf [consulta: 22 de marzo de 2018].

En el tema de la focalización, es importante señalar que, debido a que el Estado se ha limitado a atender a la población en condición de pobreza, se eliminó el subsidio público dirigido a los sectores medios y altos, donde no todas las personas cuentan con acceso a los servicios de salud y tienen que pagar servicios en el sector privado.

La focalización, la privatización, la mezcla entre lo público y privado y la descentralización, son factores que predominaron en el país en lo que respecta a demandas sociales. También se promovieron algunas reformas privatistas de la seguridad social, la formación de mercados internos y mercados de aseguradoras de salud, y subrogación de servicios de salud, lo que se conoce como terciarización.⁷³

Entonces, teniendo en cuenta estos precedentes, el desafío se muestra claro, ¿cómo garantizar a la población, a partir de un Estado renovado, un conjunto de servicios de salud universales de calidad denominados como esenciales?

Ante la carencia en el acceso a los servicios de salud y la preocupación nuevamente del Estado por retomar la figura paternalista, surge la propuesta del universalismo básico como alternativa. En este contexto, algo que es considerado punto nodal de dicha propuesta, que incluso se puede considerar un asunto de debate por su relación con el sector público, es el tema de la calidad.

Sin ahondar en una postura teórica sobre calidad, y mucho menos entrar en controversia sobre si es aplicable o no en el sector público, por la inherente relación con el mercado, aspectos de productividad e incluso con la industria manufacturera, para efectos del presente trabajo se tomará como referencia la definición de la Organización Mundial de la Salud, la cual la define como:

“el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores

⁷³ Se entiende ésta como la provisión de servicios por el sector privado con el financiamiento de recursos públicos.

y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.⁷⁴

A partir de algunas acciones de focalización como el fortalecimiento de la demanda a través de transferencias monetarias, y al verse desprotegidos los sectores medios y altos, el gasto en salud se dirigía a proveedores dentro del ámbito privado. Precisamente, ante la apertura del mercado a partir de la década de 1980, junto con la participación de las empresas financieras en la administración de los fondos para el retiro y la expansión de empresas de aseguramiento en el ramo de la salud, surge la propuesta del universalismo básico, bajo la premisa importante de cumplir estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud.

De acuerdo a Molina, se habla de transitar “de un modelo de provisión a través de servicios exclusivamente públicos hacia otro con una mezcla de proveedores en la que compiten servicios públicos y privados, con o sin fines de lucro”.⁷⁵

Dicho autor menciona otra opción para fortalecer la figura del Estado, pero esta vez como comprador de servicios, sin la necesidad de reformar el financiamiento y el funcionamiento del sistema.

Desde el punto de vista de Molina, el camino para avanzar en términos de eficiencia y eficacia en los servicios de salud del sector, es recurrir a una mezcla entre el mercado y el sector público, es decir, conducir hacia un modelo híbrido en el cual se combine la responsabilidad del Estado en la prestación de los servicios de salud con incentivos y mecanismos propios del mercado para mejorar la eficiencia.

⁷⁴ Revilla-Rodríguez, E. y Pimentel-Roque, C. Calidad de los Servicios de Salud en México. *Evidencia Médica e Investigación en Salud*, vol. 5 (3), 76-78. p. 77. [en línea] <http://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2012/eo123a.pdf> [consulta: 3 de agosto de 2017].

⁷⁵ Molina, C. (2006). *Universalismo básico. Una nueva política social para América Latina*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo y Editorial Planeta. p 33.

En este sentido, el universalismo básico cuestiona la actual capacidad de respuesta del Estado y hace una crítica a la operación de la Administración Pública, pues lo que propone es generar los medios para brindar a la ciudadanía un servicio de calidad, eficaz y eficiente.

Algunos aspectos que considera la propuesta de cambio de política social, están dirigidos hacia el fortalecimiento de la ciudadanía, la garantía de los derechos fundamentales, promover la inclusión de la sociedad y la equidad, pero también un compromiso de los ciudadanos con el financiamiento de los servicios, a través de impuestos y contribuciones.⁷⁶

Algo que no se debe perder de vista es, la relación entre el sector público y el mercado; dentro de la propuesta se encuentran una serie de medidas que implican indudablemente capacidades gerenciales en el sector público, a través de mecanismos implementados principalmente en empresas del sector privado, de seguimiento y evaluación, así como indicadores de calidad, por mencionar algunos.

El universalismo básico no actúa como un modelo único, su implementación y su desarrollo depende forzosamente del contexto de cada país, en los ámbitos económico, político y social, así como de aspectos específicos históricos.

En lo que respecta al papel del Estado, según el estudio de Carlos Gerardo Molina:

“asume frente al universalismo básico un papel garante de las prestaciones básicas, asegurando que lleguen a todos los ciudadanos con calidad aceptable. En particular el Estado deberá cumplir con las funciones de dirección, regulación, evaluación y financiamiento de los servicios, sin que necesariamente le corresponda prestarlos.”⁷⁷

Si bien, durante este primer capítulo se dieron a conocer aspectos teóricos e históricos con relación al desarrollo del Estado, la función de la Administración

⁷⁶ *Ibíd.*, p. 41.

⁷⁷ Molina, C., *op. cit.*, p. 43.

Pública y las diferentes políticas sociales implementadas en México, hasta llegar al universalismo básico como propuesta de alternativa de política social. Para comprender el ámbito donde se analiza la universalización de los servicios de salud, en el segundo capítulo se abordará sistemáticamente el Sector Salud en el país y se hará un análisis referencial sobre dos sistemas de salud latinoamericanos con características específicas pero convergentes para efectos de la presente investigación; Chile y Brasil.

Capítulo 2. El Sector Salud en México y estudios de caso en los sistemas de salud de Chile y Brasil

2.1 El Sector Salud en México

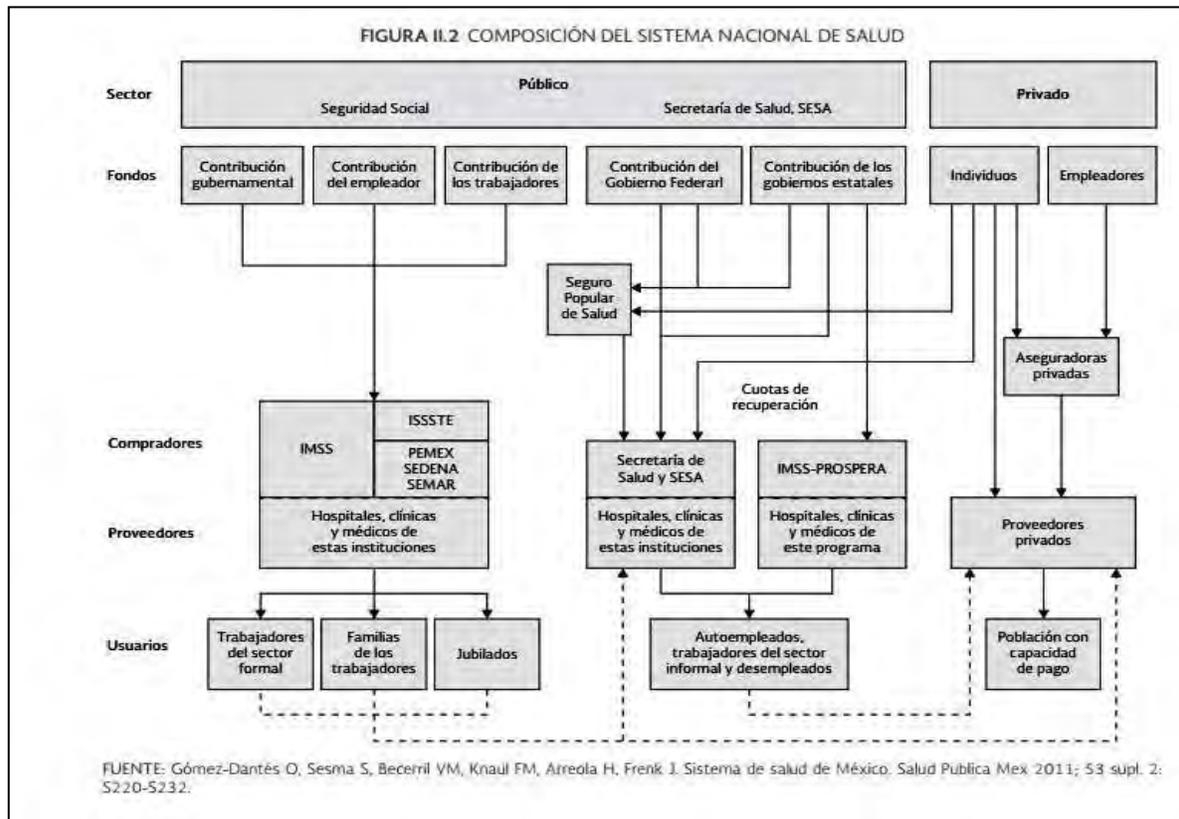
Las instituciones que conforman el Sector Salud cuentan con diferentes marcos regulatorios, inversión en infraestructura, financiamiento, cartera de servicios y cobertura poblacional.

La cobertura poblacional de los servicios de salud en el país se encuentra dividida de acuerdo a características específicas de las personas relacionadas por su condición laboral. Las instituciones de seguridad social como son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cuentan con un padrón de afiliados y prestaciones específicas, el primero dirigido a las personas que laboran en el sector privado y el segundo asegura a los trabajadores que laboran en el Estado, como su nombre lo dice.

Además hay algunas entidades de la Administración Pública Federal que tienen su población objetivo delimitado por la relación laboral con éstas, como son: la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), Petróleos Mexicanos (Pemex) y la Secretaría de Marina (Semar).

Por otro lado existe la población no asegurada, cuya característica principal es que no cuentan con una relación laboral formal con una empresa, pública o privada. Este sector de la población se encuentra cubierto por la Secretaría de Salud (SS) y los Servicios Estatales de Salud (Sesa); algunas características de dicha población pueden estar relacionadas con el desempleo, auto-empleo,

trabajadores de la economía informal y, en gran parte de los casos, familias con un grado de marginación alto.



Fuente: Quinto informe de la Secretaría de Salud, 2017.

Para poder brindar atención a la población con características específicas, además de los servicios de salud prestados de manera institucional, existen algunos programas y acciones actualmente en operación.

De acuerdo al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), actualmente en el ramo de salud y aportaciones a la seguridad social se encuentran los siguientes programas y acciones⁷⁸:

⁷⁸ De acuerdo a las definiciones del Universo del Inventario del Coneval:
-Los programas presupuestarios de modalidad S (Reglas de Operación) o U (Otros programas de subsidios) se consideran PROGRAMAS.

Ramo	Institución	Modalidad	Nombre del Programa	Año de inicio
Salud	SALUD	S	• Apoyos para la protección de las personas en estado de necesidad	2016
Salud	SALUD	E	• Atención a la salud	2008
Salud	SALUD	S	• Calidad en la atención médica	2007
Salud	SALUD	E	• Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	2008
Salud	SALUD	S	• Fortalecimiento a la atención médica	2007
Salud	SALUD	U	• Fortalecimiento de los servicios estatales de salud	2013
Salud	SALUD	E	• Investigación y desarrollo tecnológico en salud	2008
Salud	SALUD	E	• Prevención y atención contra las adicciones	2007
Salud	SALUD	U	• Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes	2012
Salud	SALUD	S	• Programa de Atención a Personas con Discapacidad	1998
Salud	SALUD	S	• Programa de Desarrollo Comunitario "Comunidad DIFerente"	2014
Salud	SALUD	E	• Programa de vacunación	1993
Salud	SALUD	E	• Protección y restitución de los derechos de las niñas, niños	2016
Salud	SALUD	S	• Seguro Médico Siglo XXI	2007
Salud	SALUD	U	• Seguro Popular	2004
Salud	SALUD	E	• Servicios de asistencia social integral	2014
Salud	SALUD	U	• Vigilancia epidemiológica	2008

-Los programas presupuestarios de modalidad E (Prestación de Servicios Públicos) o B (Provisión de Bienes Públicos) se consideran ACCIONES.

Dirección URL: <http://coneval.org.mx/evaluacion/ipfe/Paginas/default.aspx>

Aportaciones a Seguridad Social	IMSS PROSPERA	S	• Programa IMSS-PROSPERA	1979
---------------------------------	---------------	---	--------------------------	------

Fuente: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Inventario de Programas Federales de Desarrollo Social de 2017.

2.1.1 Antecedentes

Al inicio del siglo XX, con la Constitución de 1917, el Estado mexicano tomó un papel dinámico en actividades relacionadas con el cuidado de la salud de la población. Cabe señalar que antes la participación de éste era estrictamente asistencialista o bajo esquemas de caridad.

En este contexto se creó la Secretaría de Asistencia Pública en 1937; al fusionarse con el Departamento de Salubridad Pública, en 1943, cambió de nombre a Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA); el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue puesto en marcha ese mismo año.

En 1947 se formuló la Ley de Pensiones Civiles y en ese tiempo iban en ascenso las demandas de la población en el ramo materno infantil. Se construyeron los primeros hospitales rurales lo cual coincidió con el mayor brote epidemiológico de poliomielitis en la historia del país, en 1948.⁷⁹

En los años posteriores las políticas de salud pusieron énfasis en la población infantil y se creó en 1955 el Instituto Nacional de Bienestar a la Infancia. En 1958, con la llegada del presidente Adolfo López Mateos, la perspectiva de gobierno respecto al ramo de la salud cambió parcialmente, ya que éste fue visto sobre todo como un factor de desarrollo económico.⁸⁰

En 1959 la Dirección de Pensiones Civiles se convirtió en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con el objetivo de proteger la fuerza laboral de las instituciones públicas y fomentar la productividad.

⁷⁹ Yáñez, V. (s/a). *El sector salud en México*. México. p. 28.

⁸⁰ *Ibidem*, p. 29.

De acuerdo con Manuel Ildefonso Ruíz, “en el sexenio 1958-1964 se alcanzó el 17% en cobertura nacional en salud de la población total”.⁸¹ Respecto a la infraestructura, en 1965 se inauguró el Centro Médico Nacional, donde se atendía especialidades como Pediatría y Traumatología. Ante los brotes epidemiológicos de enfermedades transmisibles, la coordinación entre las instituciones de salud para el control de los padecimientos fue imperante. Ese mismo año, la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social coordinó por primera vez actividades interinstitucionales entre la SSA, el IMSS y el ISSSTE, lo anterior, como medida de prevención mediante vacunación de la población sin distinción alguna respecto a la institución aseguradora perteneciente.

En el periodo presidencial de Luis Echeverría Álvarez, de 1970 a 1976, se formuló el Plan Nacional de Salud, éste incluyó objetivos relacionados con la optimización de recursos en el Sistema Nacional de Salud, programas de planificación familiar y problemas de contaminación ambiental. En esta administración se creó la Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente, el Instituto Mexicano de Protección a la Infancia (IMPI), y el Fondo de Vivienda del ISSSTE (Fovissste), en 1972.

En la década de 1970 hubo un incremento de las enfermedades no transmisibles. Para evitar la duplicidad de funciones, fueron fusionados el Instituto Mexicano de Protección a la Infancia y el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez, así nació en 1977 el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). En este mismo año se instauró la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), enfocada a la atención en salud en zonas desprotegidas, en su mayoría áreas rurales. Dicha coordinación trabajaba en colaboración con el IMSS, en una primera etapa el programa fue

⁸¹ Ruíz, M. (2011). *Políticas Públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa, México*. Tesis Doctoral. México. Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Contaduría y Administración, División de Estudios de Posgrado. p.107.

llamado IMSS-Coplamar, después IMSS-Solidariad, IMSS- Oportunidades y en septiembre de 2014 recibió el nombre de Prospera: Programa de Inclusión Social.

Los servicios de salud y la seguridad social en el país, desde la creación de la Secretaría de Asistencia Pública en 1937, y el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1943, transitaron sin un hilo conductor de planeación y sin un enfoque sistémico, ya que las acciones en materia de salud se llevaban a cabo dependiendo de la coyuntura, por lo que hubo necesidad de implementar una reforma de carácter administrativo para la mejora de la prestación de los servicios de salud, misma que será abordada a continuación.

2.1.2 Reforma administrativa

Para poder comprender las reformas en el sector salud, se deben tener en cuenta aspectos del Estado relacionados con su articulación y régimen político. Es por esto que se hace referencia al tema del federalismo.

De acuerdo a Garcia Pelayo, el federalismo responde a tres necesidades:

1. La de organizar política y racionalmente grandes espacios geográficos incorporando relaciones de paridad entre sus distintas unidades y suprimiendo relaciones de subordinación;
2. La de integrar unidades relativamente autónomas en una entidad superior salvaguardando sus peculiaridades culturales propias;
3. La necesidad de dividir el poder para salvaguardar la libertad. Tal como sucede con la división de los poderes Legislativo, Ejecutivo y Judicial, también se puede hacer una división territorial del poder, que se implementa a través de una partición funcional y competencial que diferencia los ámbitos posibles de actuación de cada nivel de gobierno.⁸²

En este sentido, la reforma administrativa se propone con el objetivo de fortalecer el federalismo, la reconstrucción de un orden administrativo que traiga consigo

⁸² Retomado por López E. (2012). La descentralización de los servicios de salud. Facultad de Derecho, Universidad Panamericana, p. 179, [en línea] <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/arsiu/cont/47/act/act6.pdf> [consulta: 01 de mayo de 2018].

relaciones más eficaces y eficientes entre el Gobierno Federal y las entidades federativas. Para poder alcanzar dicho objetivo, se comenzaron a realizar acciones encaminadas hacia la descentralización, como parte de las medidas hacia la búsqueda de un *nuevo federalismo*, entendido como “ las nuevas relaciones jurídicas administrativas que se instauraron a principios de la década de los ochenta, pretendían ser mecanismos para hacer más eficiente al gobierno, y, por esta vía, devolverle la legitimidad que había perdido en tanto el ejercicio del poder y la prestación de los servicios públicos, como en el caso de los servicios de salud”.⁸³

Durante los primeros años de la década de los setenta, se comenzaron a realizar los primeros intentos por “descentralizar y desconcentrar”⁸⁴ la Administración Pública. Por su parte, el IMSS creó centros médicos en Monterrey, Guadalajara, Puebla y Veracruz.⁸⁵

Con motivo de la creciente demanda de la población, la preocupación de la Administración Pública Federal para la mejora de los procesos administrativos, y la necesidad de un cambio de carácter organizacional y programático de las instituciones y organismos a cargo del Poder Ejecutivo; a principios de 1977, el Gobierno Federal inició la reforma administrativa con la publicación del Primer Acuerdo Presidencial para la Sectorización de las Entidades de la Administración Pública Paraestatal.

Este Acuerdo señaló una nueva etapa de la Administración Pública, considerado por Godolfo Juárez como un modelo descentralizado o sectorial

⁸³ Idem.

⁸⁴ De acuerdo con Gabino Fraga en su libro sobre Derecho Administrativo señala que la desconcentración se refiere a la representación de la autoridad central a nivel estatal, municipal o regional pero sin autonomía para la toma de decisiones. Por el contrario, la descentralización, delega poder y facultades hacia instituciones subordinadas con autonomía en la toma de decisiones.

⁸⁵ López E. op. cit., p.185

para la regulación de las entidades paraestatales,⁸⁶ mismas que son reconocidas en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

La sectorización se basó en la planeación de los procesos de las entidades públicas mediante la integración de sectores administrativos y agrupación de los órganos descentralizados, empresas de participación estatal y fideicomisos a cargo de la coordinación de una secretaría de Estado. Cada una de las unidades administrativas antes señaladas contaban con patrimonio propio, fines, funciones y actividades focalizadas, y con naturaleza jurídica distinta. Lo anterior significó una distribución entre dichos organismos por actividades y la planeación de éstas a cargo de las diferentes Secretarías.

El proceso de sectorización fue considerado importante para una conducción más eficaz y eficiente en las funciones del Estado, así como mayor dirección al desarrollo económico y social del sector público. Hubo una reestructuración organizacional de la Administración Pública y le fueron otorgadas mayores facultades a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), para conducir la política nacional en materia de salud.

En diciembre de 1982 se reformaron los artículos 37 y 39 de la LOAPF, el objetivo fue atribuirle a la SSA nuevas actividades directamente relacionadas con temas de salud y la coordinación de los organismos encargados de la prestación de los servicios públicos correspondientes del ramo. En ese mismo año se restablece la Subsecretaría de Planeación dando lugar a la consolidación del Sistema Nacional de Salud, así como una coordinación intersectorial.

En el periodo de 1982 a 1988, en el gobierno de Miguel de la Madrid, en el Plan Nacional de Desarrollo, se estableció llevar a cabo la descentralización de los

⁸⁶ Juárez, G. (1977). La Sectorización: Medida fundamental para la racionalización de la Administración Pública Federal, *Revista de Administración Pública*, p. 32, [en línea] <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/31/pr/pr4.pdf> [consulta: 20 de marzo 2017].

servicios de salud a la población abierta correspondiente al primer y segundo nivel de atención, para que los estados asumieran esos roles.⁸⁷

En el año de 1983 con la promulgación de la Ley General de Salud y el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud, comenzó la descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada,⁸⁸ aunado con un proceso de modernización para extender los recursos e incluir en las decisiones a las entidades federativas

En 1985 Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió de nombre a Secretaría de Salud, con el mandato de dirigir al sector salud “en términos de planeación, presupuestación, evaluación y control; con el fin de incrementar los niveles de eficiencia en la implementación de las políticas de salud y hacer uso racional de los recursos”.⁸⁹

Además, la sectorización contribuyó al análisis de los programas y de las funciones que se estaban llevando a cabo en la Administración Pública Federal, con el objetivo de evitar duplicidades en las actividades y promover la programación de éstas.

Es preciso señalar que no hay relación jerárquica directa entre la entidad coordinadora y las entidades paraestatales, es decir, éstas últimas conservan su personalidad jurídica y autonomía de gestión, pero tienen la obligación de adecuarse a las actividades programáticas del sector, es por esto que la relación incluso puede denominarse programática.

Por otra parte, los programas sectoriales y las políticas de salud por su naturaleza y ámbito de aplicación dentro de lo público, dependen para su instrumentación de la aprobación de un determinado presupuesto denominado: presupuesto por programa.

⁸⁷ Idem.

⁸⁸ López E. op. cit., p.186

⁸⁹ Juárez G. op.cit., p. 133.

Se comenzaron a instrumentar acciones hacia la modernización administrativa del sector, por medio de la descentralización de los servicios, la coordinación intersectorial, la promoción de la participación de la sociedad, entre otras, con el fin de contrarrestar problemáticas como la cobertura poblacional, calidad de los servicios y la equidad en el acceso a la seguridad social y servicios de salud.

Con el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000,⁹⁰ continuó la implementación de proyectos bajo la misma línea de acción programática, teniendo en cuenta el mejoramiento de los mecanismos de evaluación e indicadores de resultados, para la retroalimentación de las entidades competentes en la mejora de su desarrollo institucional.

En el año de 1995 se expide en el sexenio de Ernesto Zedillo Ponce de León, el *Programa para un Nuevo Federalismo 1995-2000*, el cual tenía dentro de sus objetivos generales:

“Revertir la concentración de atribuciones y decisiones en el centro, a fin de impulsar las potencialidades locales mediante una descentralización basada en autonomía política de los estados, la renovación de la unidad nacional, la eficacia de la Administración Pública, el combate a las disparidades regionales, y la revisión de los marcos institucionales, a fin de fortalecer la República ante los retos que la nación enfrentará el próximo siglo”.⁹¹

Dentro de los avances del programa antes mencionado, en 1996 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el *Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud*, precedente importante para la firma de los convenios correspondientes en las entidades federativas.

Asimismo, se dieron los primeros resultados en el año 1996, con el fortalecimiento del Consejo Nacional de Salud, como instancia permanente de coordinación entre la Federación, los estados y la Ciudad de México, en ese entonces, Distrito Federal, mediante las siguientes funciones:

⁹⁰ Yáñez Campero, V., op. cit., p. 88.

⁹¹ Diario Oficial de la Federación, *Programa para un Nuevo Federalismo 1995-2000*, México, [en línea] <http://legismex.mty.itesm.mx/progs/p-feder.pdf> [consulta: 27 de abril de 2018].

- Proponer lineamientos para la coordinación de acciones en materia de salubridad general;
- Unificar criterios para el cumplimiento de programas de salud;
- Opinar sobre la congruencia de las acciones de los sistemas estatales de salud;
- Apoyar la evaluación de los programas de salud en cada entidad;
- Fomentar la cooperación técnica;
- Promover en las entidades los programas de salud e
- Inducir y promover la participación comunitaria y social.⁹²

En lo que corresponde a la erogación del gasto público y a la coordinación fiscal, en 1998 se incorporaron los Fondos de Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios (Ramo 33), al Presupuesto de Egresos de la Federación y a la Ley de Coordinación Fiscal, que en un principio estaba constituido por cinco fondos:

- I. Fondo de Aportaciones para la Educación Básica y Normal
- II. Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
- III. Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social
- IV. Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de los Municipios y de las Demarcaciones Territoriales del Distrito Federal
- V. Fondo de Aportaciones Múltiples

Y después se agregaron tres fondos:

- VI. Fondo de Aportaciones para la Educación Tecnológica y de los Adultos
- VII. Fondo de Aportaciones para la Seguridad Pública de los Estados y del Distrito Federal
- VIII. Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de las Entidades Federativas.

Como parte de las reformas en el Sector y en la Administración Pública, en el tema de protección en salud, el *Programa Nacional de Salud 2001-2006* tuvo entre sus objetivos tres de gran relevancia: “equidad, protección financiera y calidad”.⁹³

⁹² Ídem.

⁹³ Secretaría de Salud. (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. México. [en línea] http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf [consulta 03 de abril de 2017].

El primero responde a la necesidad de acabar con la exclusión de grupos vulnerables que por su condición son propensos a caer en alguna contingencia epidemiológica. En el 2000, más de 50 millones de personas no contaban con cobertura financiera de servicios de salud, por lo que la Administración Pública se vio en la necesidad de fortalecer los programas de inclusión para la población sin cobertura.

En este marco, en 2004 el gobierno federal puso en marcha el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), nombrado para su operación Seguro Popular, instrumento del Estado para enfrentar el déficit en el país respecto a protección financiera e iniciar acciones encaminadas a permitir el acceso a los servicios de salud a toda la población.

En 2006, al inicio de sexenio del presidente Felipe Calderón Hinojosa, comenzó el énfasis en la universalización del acceso a los servicios de salud en el país. El Programa Sectorial de Salud 2007-2012, de acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo, se hace referencia a la participación interinstitucional como precedente fundamental para una futura universalización.

A pesar de los esfuerzos del Estado para lograr mayores niveles de eficiencia y cumplir con la demanda de servicios en el sector salud, “uno de cada cuatro mexicanos no contaba con ningún esquema de aseguramiento en el año 2012”.⁹⁴

Para poder comprender de manera integral la problemática de los servicios de salud y su operación, se describirá a continuación cómo se financia actualmente el Sector Salud y un diagnóstico ligado a la prestación de los servicios de salud y la cobertura poblacional.

⁹⁴ México (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México. [en línea] <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf> [consulta: 03 de abril de 2017].

2.1.3 Financiamiento

Sobre el financiamiento, en lo que respecta a la población asegurada, como se mencionó anteriormente se encuentra el IMSS como una de las instituciones de seguridad social para los trabajadores formales del sector privado, ésta se financia de forma tripartita, es decir, recibe recursos del gobierno federal, de las cuotas del sector patronal y de las personas trabajadoras.

Las instituciones del sector público que ofrecen seguridad social a sus trabajadores y familiares, tales como son: ISSSTE, Sedena, Semar y Pemex, para su operación reciben recursos federales y de los trabajadores.

La Secretaría de Salud (SS) y los Servicios Estatales de Salud (Sesa) tienen la responsabilidad de brindar servicios a la población no asegurada, dicha población no se encuentra económicamente activa o no tiene una relación laboral formal; la percepción monetaria de estas familias, en la mayoría de los casos, provienen del mercado informal y están propensos a erogar recursos en caso de cualquier contingencia epidemiológica o, en los peores casos, en la atención de alguna enfermedad crónico-degenerativa; esta erogación recibe el nombre de “gasto de bolsillo”, si éste rebasa el 30% del ingreso disponible de las familias se le llama “gasto catastrófico”⁹⁵ de acuerdo a lo que estipula la Organización Mundial de la Salud en la metodología para su medición.

El gasto excesivo por necesidades en la atención en salud orilla a las familias en varias ocasiones a “utilizar sus ahorros, endeudarse, vender el patrimonio familiar, o sacrificar el consumo de otros bienes o servicios básicos, como la educación, quedando expuestos, además al riesgo del empobrecimiento”.⁹⁶

⁹⁵ Sesma-Vázquez, S., Pérez-Rico, R., Sosa-Manzano, C., Gómez-Dantés, O. (2005). Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. *Salud Pública de México*, 47 (1), 37-46. p. 38.

⁹⁶ Ídem.

La Fundación Mexicana para la Salud, AC (Funsalud), fue una de las primeras instituciones que operó el concepto de gasto catastrófico y elaboró estudios y aproximaciones en el país al respecto.

En el año de 1992, en el primer estudio realizado en México en lo que respecta al gasto de bolsillo, Funsalud encontró que “2.3% de los hogares mexicanos habían incurrido en gastos excesivos por atender necesidades de salud”.⁹⁷

Es preciso señalar que cuando se refieren a gasto catastrófico, no sólo se refiere a posibles costos altos en el mercado de los servicios de salud, o aspectos de oferta y demanda; las familias que se encuentran en los sectores más vulnerables o en zonas rurales, con el hecho de comprar un medicamento, y por falta de protección financiera o de abasto en su centro de atención médica, puede incurrir en gasto catastrófico, por mínimo que pueda parecer el monto monetario del medicamento.

El análisis del gasto de bolsillo en México arrojó resultados que trajeron consigo un replanteamiento del sistema de salud. En un país donde “en el año 2002 el 50% del gasto en salud provenía del gasto de bolsillo, donde alrededor de 900 mil hogares en el último trimestre de este mismo año incurrieron en gasto catastrófico por motivos de salud”,⁹⁸ no se podía seguir con el mismo esquema de aseguramiento que mantenía a gran parte de la sociedad desprotegida.

Para el año 2004 las cifras sobre cobertura poblacional demostraban que la carencia de servicios de salud en el país y el acceso efectivo a estos eran considerados aspectos relevantes para el empobrecimiento de las familias mexicanas y por lo tanto en la disminución en la calidad de vida.

Por lo anterior, y como respuesta a la demanda de la sociedad, en su mayoría población descubierta o carente de atención en salud y seguridad social, el gobierno federal puso en marcha como política pública el Sistema de Protección

⁹⁷ Ídem.

⁹⁸ Ídem.

Social en Salud, con la implementación del Seguro Popular como brazo operativo en la prestación de servicios de salud en el país dirigidos a los segmentos antes mencionados.

El financiamiento del Seguro Popular se da de forma tripartita: 1) el gobierno federal destina recursos por cada afiliado a través del Ramo 19 "Aportación a la Seguridad Social"; las entidades federativas otorgan recursos mediante el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del Ramo 33 "Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios"⁹⁹ y 3) una cuota por familia dependiendo del nivel de ingreso de ésta.

Por su parte, el programa IMSS-Prospera, antes llamado Oportunidades, se dirige a la población más vulnerable o marginada del país, con especial atención en áreas rurales. Los recursos para su operación provienen del gobierno federal a través del Ramo 19 "Aportaciones a Seguridad Social" y el Ramo 12 "Salud" como apoyo en el rubro de la salud para las familias beneficiarias del programa.¹⁰⁰

2.1.4 Panorama actual de la Salud

En el siguiente cuadro se podrá observar un comparativo de algunos indicadores de salud, entre México y los demás países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Lo anterior con base en el estudio realizado por la Organización Mexicana para la Competitividad sobre la publicación realizada por la OCDE del panorama de salud en el año 2017:¹⁰¹

⁹⁹ Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2013). *Presupuesto de Egresos de la Federación*. México. [en línea]

http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2013/temas/tomos/33/r33_ep.pdf [consulta: 21 de abril de 2017].

¹⁰⁰ México. (2013). *Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2014*, Diario Oficial de la Federación. [en línea]

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326727&fecha=17/12/2013 [consulta: 21 de abril de 2017].

¹⁰¹ Instituto Mexicano para la Competitividad, (2017). *Panorama de la Salud 2017 vía OCDE*, México, [en línea] <https://imco.org.mx/temas/panorama-la-salud-2017-via-ocde/> [consulta: 01 de abril de 2018].

Indicador	Países de la OCDE	México
Esperanza de vida	La esperanza de vida para los países que integran la OCDE es de 81 años. Japón tiene la esperanza de vida más alta: 83.9 años, mientras que Letonia tiene la más baja: 74.6 años.	La esperanza de vida para los mexicanos nacidos en 2015 es de 75 años. Sin embargo, la esperanza de vida en nuestro país es 14 años mayor que en 1970.
Gasto en Salud como porcentaje del PIB	Los países de la OCDE gastan en promedio el 9% de su PIB en salud. Estados Unidos es quien más gasta (17.2%) y Turquía quien menos (4.3%).	El gasto en salud promedio por persona en México es de 1,080 dólares, la menor cantidad entre los 35 países de la OCDE.
Sobrepeso y obesidad	54% de los adultos de los países de la OCDE tienen sobrepeso y el 19% presenta obesidad. En Hungría, Nueva Zelanda, Estados Unidos y México las tasas de obesidad son mayores al 30%.	México tiene el mayor índice de sobrepeso y obesidad entre la población mayor de 15 años, en los países de la OCDE. De acuerdo con el organismo, 1 de cada 3 mexicanos (33%) mayores de 15 años padece de sobrepeso, mientras que el promedio de los países de la OCDE es de aproximadamente 1 de cada 4 habitantes (19.4%).
Tabaquismo	Desde el 2000, el número de fumadores ha disminuido en los países de este organismo, sin embargo, 1 de cada 5 adultos sigue fumando diario. Los niveles más altos se presentan en Turquía	México tiene las tasas más bajas de consumo diario de tabaco en comparación con los otros países medidos: 7.6% contra el 18.4% promedio de la OCDE.
Médicos por cada 1000 habitantes	El promedio de la OCDE es de 3.4 médicos.	El promedio en México es de 2.4 médicos.

Fuente: OCDE, 2017

En lo que se refiere a la cobertura poblacional, este organismo internacional menciona que el “Seguro Popular ha sido un caso de éxito en lo referente a la ampliación de la cobertura de atención en salud para los mexicanos no afiliados al sistema de seguridad social, según la OCDE. Desde su puesta en marcha en 2004, el programa ha extendido la cobertura de seguro de salud a 50 millones de personas más. Lo cual se traduce a un ahorro para el bolsillo de los mexicanos de 12.6% desde 2009”.¹⁰²

De igual forma se menciona que “algunas de las consecuencias del gasto relativamente bajo del gobierno en salud son un peor acceso a la atención y una alta carga financiera para las familias. En México el gasto de bolsillo permanece alto: 41% del gasto general en salud, el segundo gasto más alto en la OCDE y el doble del promedio de la Organización de 20%”.¹⁰³

Por lo anterior, dentro de las recomendaciones de la OCDE hacia México es la de “gastar mejor el dinero invertido ya que califica al sistema de salud como ineficiente y sumamente fragmentado, lo cual es recomendable corregir en el corto plazo”.¹⁰⁴

A continuación se expondrán las experiencias en países latinoamericanos respecto a la implementación de modelos que buscan por mandato constitucional la protección en salud de la población, ya sea al actuar el Estado como proveedor de servicios de salud públicos o con la intervención del sector privado, de forma directa o indirectamente.

2.2 Estudios de caso de los sistemas de salud en Chile y Brasil

De la década de 1950 a la de 1980, los países en la región de América Latina se caracterizaban por contar con un Estado predominante y con una participación activa en la política económica y social de cada país.

¹⁰² Ídem.

¹⁰³ Ídem.

¹⁰⁴ Ídem.

A pesar de que durante este periodo la región creció en términos de urbanización e infraestructura, no se observó un mejoramiento en la distribución del ingreso y en las condiciones laborales formales de la población, lo cual incrementaba la posibilidad de entrar al mercado informal y, por contar con sistemas fragmentados en gran parte de estos, también era muy posible no contar con protección social en salud.

Derivado de algunos acontecimientos históricos en los ochenta, y por la influencia de la política económica de los países desarrollados y de organismos internacionales, comenzaron cambios en la región en cuanto a la participación del Estado en aspectos sociales y económicos, así como de nuevos agentes de desarrollo entre los países.

Lo anterior condujo a una serie de reformas encaminadas al cumplimiento de objetivos marcados en términos de eficiencia, algunos dirigidos hacia las instituciones de seguridad social y de salud, como el buscar equidad en el acceso a los servicios, aumentar la cobertura poblacional y promover un financiamiento y erogación eficiente del gasto público.

Al mismo tiempo, los países de la región fueron escenarios donde proveedores privados y compañías de seguros tuvieron una creciente participación en la provisión de servicios en el sector salud, con el respaldo de políticas económicas dirigidas hacia la promoción de mercados más competitivos.

Para efectos del presente estudio, se contextualizará a partir del inicio de las reformas del sector social llevadas a cabo en la región a finales de la década de 1980, con el fin de contrarrestar la pobreza y reducir las desigualdades socioeconómicas.

Se tomarán como referencia para el análisis la experiencia en los países de Chile y Brasil, lo anterior por la homogeneidad con México al garantizar la salud como derecho constitucional, así como la temporalidad en que fueron llevadas a cabo estas reformas, pero sobre todo por la diferencia de los modelos implementados en el sector salud de estos dos países; en el caso de Chile es un modelo dual, que en el año 2005 fue reformado estableciendo un Sistema

Universal de Garantías Explícitas; y el de Brasil que desde un principio fue considerado un modelo universal. Ambos sistemas serán expuestos a continuación y servirán de referente para visualizar de forma crítica, una vez comprendidas las acciones en México, hacia dónde se dirige el país respecto a la universalización de los servicios de salud.

2.2.1. Modelo dual en Chile

Antes de abordar el modelo que fue implementado en Chile a partir de las reformas sociales, de acuerdo a un estudio publicado por la revista *The Lancet* sobre las reformas de los sistemas de salud y la cobertura universal de América Latina, en lo que respecta al derecho a la salud en Chile refiere que:

“Chile, a partir de 1980 con el artículo 19 de la Constitución Política redactada por la dictadura militar, garantizó el derecho a la protección de salud y estableció la obligación del Estado de garantizar acceso gratuito e igualitario para las acciones de salud según lo prescrito por la ley,[45] por el que los ciudadanos pueden elegir entre los sistemas de salud público o privados. Las reformas de salud neoliberales [46] de Pinochet crearon un sistema de salud dual con profundas divisiones en el financiamiento, los beneficios y las condiciones de afiliación entre el sistema de seguro social público (Fondo Nacional de Salud) y las aseguradoras privadas (Isapre). Para reducir las desigualdades, la Ley del 2005 de Garantías de Salud 19.966 (Acceso Universal con Garantías Explícitas [AUGE]) introdujo los derechos exigibles a los servicios de salud para 40 enfermedades, con mecanismos administrativos y judiciales,[47] las cuales se incrementaron a 80 en el 2013.[48]”¹⁰⁵

Chile, igual que otros países de la región latinoamericana, poco a poco fue transitando hacia el cumplimiento de objetivos relacionados con parámetros de productividad.

¹⁰⁵ Atun, R., Monteiro de Andrade, L., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., et al. (2015). La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. *Mediccc Reviwe*, vol.17, S21–39. p. 26. [en línea] <http://mediccc.org/mediccreview/uhc-atun.php> [consulta: 14 de septiembre de 2017].

En el caso chileno, la reforma del sector salud, de acuerdo a Sonia Fleury, de la Escuela Brasileña de Administración Pública, en un estudio sobre los dilemas de atención en América Latina, fue estructurada alrededor de los siguientes principios:

- el papel subsidiario del Estado;
- la focalización en los pobres;
- la libre elección de los consumidores;
- los costos compartidos;
- la separación de funciones de financiamiento y provisión; y
- la competencia entre compañías de seguro y proveedores.

Se considera como un modelo dual porque dicha reforma trajo consigo la creación de un seguro privado, es decir, una opción aparte de la provisión por parte del sector público. Por lo que, de forma concreta, el sistema de salud chileno se encuentra integrado por dos sectores completos e integrales: público y privado. El primero administrado por el Ministerio de Salud, lo que es equiparable aquí a la Secretaría de Salud, y el segundo representado por las compañías aseguradoras privadas.

El sector público está formado “por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y su red de Servicios de Salud Regionales y el Sistema Municipal de Atención Primaria”.¹⁰⁶ Los beneficiarios de este sector son las familias en condición de pobreza y en general la clase media, que serían profesionales, empleados o jubilados.

Una proporción de la población chilena recibe atención por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas, los cuales se financia con impuestos generales y cuentan con proveedores propios. Aquellas familias que reciben servicio de las fuerzas armadas podrían considerarse como la población asegurada en México,

¹⁰⁶ Becerril-Montekio, V., Reyes, J. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Publica de México*, 53, S132-S143.

que se caracteriza por contar con seguridad social, pero con la diferencia en el financiamiento, ya que en México es de carácter tripartita.

Por su parte, el sector privado lo constituyen “las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Existen dos tipos de ISAPRE, abiertas y cerradas. La inscripción a las cerradas está limitada a los trabajadores de una empresa o sector económico, las abiertas permiten la inscripción a toda la población con capacidad de pago”.¹⁰⁷ También existe una modalidad también en la que la población de mayores recursos puede pagar para recibir atención de salud privada sin intermediación de las ISAPRE ni del FONASA.

Los sectores de mayores ingresos y los trabajadores de algunas empresas pueden tener acceso al aseguramiento privado; cabe señalar que el trabajador tiene que aportar una cuota al empleador; a diferencia de México donde la seguridad social es tripartita (patrón, obrero, gobierno federal), en Chile las empresas no tienen la obligación de contribuir al Estado, ya que existe un subsidio para que las empresas aseguren a sus trabajadores en el sector privado.

Si se hace una analogía con el sistema mexicano, aquí las empresas privadas tienen por ley la responsabilidad de asegurar a sus empleados en el sector público, es decir, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, y si los trabajadores cuentan con la capacidad de pago pueden adquirir un seguro de salud privado; ninguno de éstos es excluyente. En el caso de Chile la ley prohíbe realizar aportaciones a ambos sistemas al mismo tiempo; esta característica es un elemento para que sea considerado un modelo dual.

En lo que corresponde al financiamiento del sistema de salud chileno, es capitalizado con impuestos generales, aportaciones municipales y copagos de afiliados al FONASA. El sector privado opera a partir de las cotizaciones, aranceles y copagos de los afiliados.

¹⁰⁷ *Ibidem*, p. 135.

En Chile “todos los trabajadores están obligados a hacer una contribución al sistema de salud equivalente al 7% de sus ingresos gravables y pueden elegir pagarla al FONASA o a alguna ISAPRE. La contribución es voluntaria para los autoempleados”.¹⁰⁸

Los beneficios por parte del sector público parten de la premisa de libre elección, misma que está condicionada, dado que la atención institucional vía FONASA cuenta con cierta limitación en los servicios de salud y al momento de recibir la atención se deben realizar copagos por parte de los beneficiarios que van del 10 al 20% del precio del servicio, de acuerdo al poder adquisitivo.

La libre elección se basa en la diferencia en términos monetarios que la población está dispuesta a pagar por un servicio de salud privado, teniendo en cuenta la cantidad fija aportada por FONASA y dependiendo del nivel de calidad del servicio es la cantidad a pagar. Por otro lado, las ISAPRE operan bajo la lógica de las empresas de seguros y de acuerdo a las primas de seguro son los beneficios recibidos.

Una vez comprendido el funcionamiento e integración del sistema de salud chileno, que en primera instancia se observa que abogaba por los intereses de las empresas privadas, se infiere que el derecho a la salud en Chile depende del poder adquisitivo de las personas y, por tanto, no precisamente beneficia a toda la población chilena.

La implementación de este modelo trajo consigo una desigualdad entre el gasto público y el gasto privado, que a pesar de que ambos sectores tienen diferentes formas de financiamiento, las medidas excluyentes a cargo de los altos costos de las primas de las compañías de seguro, aunado a una base selectiva de éstas, provocaron que el sector público cargara con el peso de las familias en estado de pobreza, de personas con enfermedades crónicas y mayores de edad.

¹⁰⁸ *Ibidem*, p. 136.

Ya en 2003, el sector privado cubría menos del 30% de la población y el otro 70% estaba bajo la responsabilidad del sector público,¹⁰⁹ sin olvidar el papel subsidiario del Estado hacia las empresas privadas.

Por tal motivo, en la década de los noventa, el gobierno chileno dio a conocer las siguientes medidas correctivas:

- aumentar el monto de los recursos fiscales invertidos en el sistema político;
- aumentar la participación en los comités institucionales e incrementar la eficiencia en el sistema público, a través de instrumentos financieros y administrativos, tales como: la asignación de recursos a las municipalidades en una base per cápita, y en diagnósticos relacionados de grupos para las unidades de SS, e introducir contratos de desempeño entre el Ministerio de Salud y las 27 autoridades zonales; y
- aumentar la equidad y la eficiencia en el sector privado a través de la regulación.¹¹⁰

En México, el 23 de abril de 2014 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018,¹¹¹ dicho programa incluyó lo siguiente:

Estrategia 3.6 Optimizar la utilización de los recursos para la atención médica.
Líneas de acción: <ul style="list-style-type: none">● Aplicar los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) para mejorar la gestión médica, económica y financiera de los hospitales.● Consolidar los Grupos Relacionados con la Atención Ambulatoria (GRAA) para mejorar la gestión médica, económica y financiera de los servicios ambulatorios.

Fuente: *Diario Oficial de la Federación*, México, 2017

¹⁰⁹ Fleury, S. (2003) ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. p.18.

¹¹⁰ *Ibíd*em, p. 19.

¹¹¹ México. (2014). *Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018*. Diario Oficial de la Federación. [en línea] http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5342374&fecha=28/04/2014 [consulta: 14 de septiembre de 2017].

Se hace referencia al cuadro anterior con el fin de ubicar en temporalidad las acciones en México y de forma comparativa con las medidas llevadas a cabo por el gobierno chileno a finales del siglo pasado.

Durante el periodo 2004-2010, como respuesta a las desigualdades y la exclusión de algunos segmentos de la población chilena en el acceso a los servicios de salud, se llevaron a cabo acciones dirigidas hacia el fortalecimiento del sistema público de salud para atender los siguientes problemas identificados:

- Un alto grado de inequidad en el acceso a las atenciones de salud, principalmente, aunque no únicamente, entre el sistema ISAPRE y FONASA;
- Deficiencias en la gestión de establecimientos hospitalarios públicos, que se expresaban en ineficiencia y descoordinación de las redes nacionales regionales;
- Falta de regulación de planes y de atenciones en el subsistema privado;
- Inadecuación del modelo de atención, construido para atender a las enfermedades infectocontagiosas y al binomio madre-niño, e inflexibilidad para adaptarse a los cambios en el perfil epidemiológico de una población que está a la mitad del proceso de envejecimiento y a las expectativas ciudadanas;
- Insuficiencia en el volumen de financiamiento, principalmente en el subsector público, para sostener el mayor gasto derivado del envejecimiento y necesidad de seguir avanzando en el desarrollo de mecanismos de pagos que incentiven mayor equidad, eficiencia y cambios en el modelo de atención¹¹².

Acciones como el incremento en la inversión pública, la redefinición de una rectoría sanitaria y la implementación de políticas públicas integrales e intersectoriales tenían el objetivo de garantizar las prestaciones sociales estipuladas en las leyes y decretos chilenos hacia la población que antes era excluida. Es decir, se condujo hacia la universalización en el acceso y cobertura de los sistemas de salud mediante la articulación de redes sanitarias y la separación de funciones de financiamiento y prestación de servicios, mismos que

¹¹² Erazo, A. (2011). *La protección social en Chile. El plan AUGE: avances y desafíos*. Santiago de Chile: Sección de Estudios del Desarrollo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. [en línea] http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5218/1/S1100415_es.pdf, [consulta: 08 de agosto de 2017].

operarían hacia el fortalecimiento de la atención primaria y acciones de prevención.

En julio de 2005 entró en vigor el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), como mecanismo para contrarrestar las problemáticas antes descritas en el sistema de salud chileno, las garantías explícitas son:

- Garantía de acceso: hace referencia a la obligación de FONASA e ISAPRES para el aseguramiento de las prestaciones de salud.
- Garantía de oportunidad en la atención: existencia de un plazo máximo en la atención de prestaciones garantizadas.
- Garantía de calidad: brindar atención garantizada por un prestador registrado.
- Garantía de protección financiera: se trata de la contribución o copago que tendrá que realizar el afiliado por las prestaciones.

El Plan AUGE, también conocido como Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES), en su primera etapa cubría 40 enfermedades y para el año 2013 integraba 80 patologías o problemas de salud, y son exactamente las mismas en el sector público y privado.

Para el año 2013, de acuerdo a cifras de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), el porcentaje de personas que se encontraban en estado de pobreza e indigencia en Chile, era de 14.4 y 7.8% respectivamente. Estas cifras se ubican únicamente por encima de Uruguay que tiene un índice de pobreza menor, de una muestra de 18 países de la región, incluidos México y Brasil.

Respecto al gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto de los países latinoamericanos, Chile cuenta con el 7.2% del gasto total y 47.4% destinado a gasto público. Cabe señalar que los únicos países que se aproximan a la media de los países desarrollados son Cuba y Costa Rica con un porcentaje de 11.8 y 10.1% del gasto total.

Algunos indicadores sanitarios considerados como básicos para medir la situación en salud de un país son aquellos relacionados con la mortalidad, ya sea

infantil, materna o en general, así como la esperanza de vida que tienen las personas al nacer.

Como resultado de las acciones dirigidas a la protección de la salud de la población chilena, en lo que se refiere a los tres indicadores de mortalidad mencionados anteriormente, es el país con el menor índice. A pesar de no ser un país con un gasto en salud alto, este resultado es relevante para el análisis de las políticas en salud implementadas.

Por su parte, la esperanza de vida de la población chilena se encuentra al año 2014 en 79.84, casi los ochenta años, por arriba de Estados Unidos que muestra una cifra de 78.49 años.

A pesar de mostrar gran fortaleza el sector público al cubrir al 80% de la población total chilena y obtener los mejores resultados en la región en cuanto a los índices de mortalidad, así como un avance importante en la esperanza de vida, el sistema público de salud chileno tiene algunas debilidades que fueron detectadas:

- Numerosos hospitales añejos y en estado precario
- Infraestructura hospitalaria y camas de hospitalización deficitarias
- Déficit de ambulancias
- Déficit de tecnología de punta
- Dificultades serias de acceso a la atención médica
- Cobertura y atención odontológica limitada
- Baja privacidad en la atención de los pacientes
- Impersonalidad en el trato de los pacientes
- Condiciones laborales poco favorables
- Bajo nivel de las remuneraciones.¹¹³

Aunado a estas debilidades, en ese mismo año Chile tuvo una “situación fuertemente deficitaria de médicos y enfermeras, de camas hospitalarias y de

¹¹³ Goic G., A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile*, 143, 774-786. p. 781. [en línea] <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n6/art11.pdf> [consulta: 18 de agosto de 2017].

medicamentos genéricos, como lo revelan los datos de la OCDE”.¹¹⁴ En términos de equidad social, la población atendida en el sector público no contaba con un servicio de calidad, el número de hospitales y de recursos no alcanzaba a satisfacer la demanda de la población usuaria.

En cuanto al gasto de bolsillo en Chile, es considerado elevado con el 4.6%, por arriba del promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que es de 2.86%,¹¹⁵ lo cual merma la calidad de vida de la población y afecta en los niveles de pobreza.

Por su parte, en lo que corresponde al seguro privado de salud, se observaron los siguientes aspectos negativos:

- Restricciones de ingreso al sistema (pre-existencias)
- Discriminación por edad y sexo
- Escasa cobertura de adultos mayores
- Alto costo de los programas, procedimientos y hospitalización
- Copagos elevados
- Carencia de programas de prevención de impacto colectivo
- Integración vertical de ISAPRES y clínicas privadas
- Ganancias anuales excesivas
- Aumento discrecional de la cotización.¹¹⁶

Una vez expuesto el funcionamiento del sistema de salud chileno, las reformas realizadas en el mismo y la situación del país respecto a indicadores sanitarios básicos y las condiciones de los servicios de salud, a continuación se abordará el modelo de salud en Brasil, considerado como universal. Lo anterior, para contar con ambos referentes y herramientas para el análisis general sobre el sistema de salud mexicano y el proceso de universalización.

¹¹⁴ Ídem.

¹¹⁵ Goic G., A., op. cit., p. 783.

¹¹⁶ Ídem.

2.2.2 Modelo universal de salud en Brasil

Antes de abordar la estructura del sistema de salud brasileño, es importante señalar un acontecimiento que surgió a principios de la década de 1970; un fuerte movimiento social que unió a burócratas, profesores y otros sectores de la población cuyo objetivo en común era buscar la democratización del país.

Esta lucha constante y hartazgo de la sociedad, se tradujo en lo que fue llamado “movimiento sanitario”,¹¹⁷ en el cual la sociedad civil organizada alzó la voz y exigió la transformación de la atención en salud hacia un sistema unificado, así como la descentralización de los servicios y la implementación de procesos democráticos en la toma de decisiones.

Con este antecedente, en 1988, la Constitución de Brasil incluyó la atención de la salud como un derecho de la población bajo la responsabilidad y deber del Estado. Parte importante de esas reformas fue la inclusión de la participación de la sociedad de forma organizada.

El sistema de salud en Brasil está conformado por el sector público o Sistema Único de Salud (SUS), que cubre aproximadamente a 80% de la población; y el sector privado, el cual incluye al Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS) y un sistema de desembolso directo, mismos que cubren el otro 20% de la población brasileña, aproximadamente.¹¹⁸

Antes de la reforma de 1988, el modelo de atención en Brasil estaba dividido en tres sectores, aquel que contaba con seguridad social al tener una relación laboral formal, las personas que tienen capacidad de pago para adquirir un seguro privado, y el sector más vulnerable, el que carecía del acceso a los servicios de salud.

Las principales directrices y estrategias del sistema de salud brasileño son:

¹¹⁷ Molina y Núñez del Arco, op.cit., p. 20.

¹¹⁸ Becerril-Montekio, V., Medina, G. y Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud Publica de México*, 53, S120-S131. [en línea] <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/08.pdf> [consulta: 04 de septiembre de 2017].

- La salud es un derecho de la ciudadanía, ya que las actividades de salud son de pertinencia pública;
- El acceso igualitario a todos los niveles de atención de la salud para todos los ciudadanos;
- La salud es un componente del sistema de bienestar social;
- Una autoridad pública única en cada nivel del sistema que integre la red anterior de seguridad social con el Ministerio de Salud y combine todos los proveedores públicos en un sistema único;
- Atención de la salud amplia e integrada (preventiva y curativa), suministrada a través de una red jerárquica de los servicios de salud;
- Control y participación social en cada nivel de un sistema descentralizado y zonal, que permite mayor autonomía a las municipalidades y a los estados locales en el proceso de adopción de decisiones y en el financiamiento, de acuerdo con su capacidad para implementar los principios y mecanismos requeridos por la reforma.¹¹⁹

Es importante tener en cuenta que además de los principios de universalidad, equidad e integralidad del sistema brasileño, existen principios organizacionales que influyen en el funcionamiento del SUS, como son la regionalización, la jerarquización, descentralización y la participación popular.

En lo que respecta a la participación popular, cabe señalar que existe una distribución en el poder político en los diferentes niveles de gobierno que le da cierta autonomía de gestión, pero el financiamiento principal proviene de los fondos federales. Por cada nivel de gobierno hay un consejo de participación, es decir, nacional, estatal y uno municipal, al igual que una autoridad sanitaria, que en el caso del nivel federal es el Ministerio de Salud, así como las Secretarías de estado y municipal correspondientemente.

“Los Consejos de Salud participan en la formulación y la proposición de estrategias, el control de la ejecución de las políticas de salud, las decisiones sobre la asignación de recursos, la construcción de instalaciones y la implementación de programas de salud. En los Consejos de Salud hay

¹¹⁹ Molina y Núñez del Arco, op.cit., p. 20

representantes comunitarios (50% de los miembros), del gobierno, proveedores y administradores de servicios de atención a la salud (25%) y de trabajadores de la salud (25%). Su presidente es elegido en asamblea plenaria”.¹²⁰

En cuanto a los niveles de atención hospitalaria o de complejidad para la atención de algunas patologías, las municipalidades tienen la responsabilidad de administrar y operar los niveles primario o ambulatorio, así como enfermedades de atención de segundo nivel. Por su parte los gobiernos estatales tienen la responsabilidad de atender enfermedades de mayor complejidad o de tercer nivel.

El SUS opera bajo el financiamiento de impuestos generales y contribuciones sociales provenientes de los tres niveles de gobierno; en lo que respecta a la prestación de los servicios, opera a través de redes de clínicas, hospitales y en algunos casos a través de contratos con empresas privadas.

Los beneficios a los que tienen derecho los ciudadanos brasileños se encuentran establecidos en la “Carta de los Derechos de los Usuarios de la Salud”;¹²¹ ésta incluye tanto los principios como las acciones de salud definidas como básicas, de atención primaria y de prevención, primordialmente.

Como apoyo para alcanzar la cobertura universal y ante las reducciones en el gasto destinado a la salud pública, en 1993 fue creado el Programa de Salud Familiar, dirigido al fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud. El objetivo de este programa fue crear un vínculo más estrecho con las comunidades. A través de éste se designó un equipo básico de profesionales de la salud para un territorio de 800 a 1000 familias, los cuales tienen la responsabilidad de monitorear y evaluar el estado de salud de la población y brindar atención primaria; un integrante de este equipo básico, que no precisamente deber ser profesional de la salud, es el llamado “agente comunitario de salud”¹²².

¹²⁰ Becerril-Montekio, V., Medina, G. y Aquino, R. op.cit., p.127.

¹²¹ Becerril-Montekio, V., Medina, G. y Aquino, R. op.cit., p.124.

¹²² Rolim Sampaio, L. (2006). *La estrategia de atención primaria en Brasil*. Honduras: Ministerio de Salud de Brasil. [en línea]
www.paho.org/hq/documents/.../Programa_Salud_Familiar_Brasil_L_Sampaio.pps [consulta: 02 de septiembre de 2017].

El agente comunitario es una parte relevante de la estrategia de vinculación con la sociedad; son los responsables de la comunicación con los profesionales de la salud acerca del estado de salud de la población, las necesidades y los problemas que padecen.

Otro programa también implementado bajo la misma línea de universalización fue el “Programa Más Salud: Derecho de Todos”, éste surge como apoyo para alcanzar la cobertura de la totalidad de la población, elevar la calidad de la atención de los servicios y profundizar en la regionalización y participación social.

El sistema brasileño es considerado un sistema universal, como resultado de ello, a principios del año 2017, aproximadamente el 70% de la población contaba con salud pública, tal y como lo expresó el ministro de salud, Ricardo Barros, en una presentación ante la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

También señaló que dentro de los desafíos se encuentran “el mejoramiento de la gestión, el financiamiento, la transparencia y la eficiencia”¹²³ del sistema de salud en Brasil. En lo que se refiere a los recursos humanos destinados a la provisión de los servicios, mencionó la necesidad de aumentar el número de médicos que prestan atención de salud primaria.

De acuerdo con un estudio realizado por De Souza Minayo, en mayo del 2017, en Brasil existen desigualdades sociales y asimetrías locales y regionales; un aspecto a considerar como falla es la cooperación entre el sistema de salud y la sociedad civil. En este mismo artículo se hace referencia a la ausencia del sistema partidario y el poder ejecutivo en las políticas de regionalización.¹²⁴

¹²³ Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Ministro de Salud de Brasil destaca los desafíos en salud de su país durante visita a la OPS*. [en línea] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13147%3Abrazils-health-minister-outlines-health-challenges-in-paho-visit&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es [consulta: 16 de julio de 2017].

¹²⁴ De Souza Minayo, M. (2017). Sistemas de salud en Brasil y políticas de regionalización. *Revista Ciencia y Salud Colectiva*, [en línea] <https://pressreleases.scielo.org/es/2017/05/08/sistemas-de-salud-en-brasil-y-politicas-de-regionalizacion/> [consulta: 16 de julio de 2017].

En el tema de la regionalización es importante destacar que ésta presenta algunas carencias en el financiamiento que limitan la gestión; dicho financiamiento se encuentra por debajo de la media entre los países que integran la Organización Mundial de la Salud (OMS), con 3.7%, siendo el promedio de 5.5%¹²⁵, en el año 2013.

Hasta aquí se han expuesto algunos temas para el análisis de la presente investigación: los procesos y características de la política social en materia de salud en México, la propuesta del universalismo básico, la descripción general del sector salud en México, así como el panorama actual y en este último apartado también se expuso las experiencias en los sistemas de salud chileno y brasileño, como parte del análisis referencial para la conclusión.

En el siguiente capítulo se abordarán las acciones por parte del gobierno mexicano hacia la universalización de los servicios de salud en México y posteriormente la propuesta en específico de la organización de la sociedad civil que lleva por nombre Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud), institución privada al servicio de la comunidad.

Se hará referencia de manera específica a la propuesta de dicha institución que ha sido pilar importante para la implementación de las políticas en salud y de las acciones llevadas a cabo por el gobierno mexicano.

¹²⁵ Ídem.

Capítulo 3. Acciones del gobierno mexicano hacia la universalización de los servicios de salud

3.1 El Sistema de Protección Social en Salud

Como se mencionó antes, la CPEUM fue pionera en garantizar constitucionalmente el Derecho a la Salud conforme a lo establecido en el artículo 4º, sin embargo, el Sistema Nacional de Salud siempre se ha conducido de manera fragmentada y no se ha logrado el acceso efectivo a los servicios de salud al total de la población.

Fue hasta el 2003, cuando se reformó el artículo 3º de la Ley General de Salud, que se comenzó a hablar de Protección Social en Salud y se hizo referencia al Estado como responsable de garantizar dicha protección.

A pesar de los esfuerzos del gobierno mexicano por alcanzar la cobertura universal en salud, acabar con los índices altos de pobreza y proveer de una vida digna a la población mexicana, no se había observado un avance importante hacia la universalización de los servicios sino hasta el 15 de mayo del año 2003, cuando se creó el Sistema de Protección Social en Salud, y como componente para la atención, la creación del Seguro Popular, mismo que será abordado a continuación como punto nodal de las acciones del Estado.

En 2003, el gasto en salud erogado por las familias mexicanas para la atención médica y el cuidado de la salud en general, alcanzó el 58% del gasto total de este Sector. Es por ello que en dicho año se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

Hasta el 2009 el Seguro Popular (SP) era público, voluntario y gratuito para la población ubicada dentro de los dos primeros deciles de ingresos, es decir, los hogares con mayor marginación; a partir del 23 de junio del 2010, por las modificaciones a la Ley General de Salud, se consideró hasta el cuarto decil como no contributivo. A las familias ubicadas del quinto al décimo decil les corresponde el pago de una cuota anual de acuerdo al nivel de ingresos.

Uno de los principales objetivos del Seguro Popular es brindar protección financiera a las familias que no cuentan con seguridad social o algún tipo de aseguramiento para tener acceso a los servicios de salud, sin obstáculos económicos ni barreras geográficas. Su modelo financiero se sustenta en un esquema tripartita, es decir, mediante aportaciones del gobierno federal, de las entidades federativas y de las contribuciones de los afiliados.

Los recursos son ejercidos en la prestación de servicios de salud de acuerdo al Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes), las intervenciones que contempla el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), y el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), en lo que concierne a infraestructura, equipamiento, servicios básicos en estados con mayor marginación y el pago por la prestación interestatal de servicios.

La aportación que realiza el gobierno federal es de forma anual y se efectúa por cada persona afiliada al SPSS; está integrada por los conceptos de Cuota Social (CS) y Aportación Solidaria Federal (ASF). La primera equivale al 3.92% de un salario mínimo general vigente diario y año con año se va actualizando conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor. A partir del año 2010, con la modificación a la Ley General de Salud, la CS se calcula por persona, de 2004 a 2009 esta cuota se otorgaba por familia. La ASF representa por lo menos 1.5 veces el monto de la CS y ésta proviene del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (Fassa).

En el caso de las entidades federativas y la Ciudad de México, la forma de apoyar financieramente al Seguro Popular es mediante Aportaciones Solidarias Estatales (ASE), las cuales se realizan por persona afiliada y por lo menos el

monto debe ser equivalente a la mitad de la Cuota Social. Por último, dentro del financiamiento del SP se encuentra las cuotas de las diferentes familias afiliadas, el monto depende de las condiciones socioeconómicas de cada una de ellas, las cuotas son anticipadas, anuales y progresivas.

En sus inicios, el Seguro Popular contaba con un Catálogo de Beneficiarios Médicos (Cabeme), que contemplaba 78 intervenciones clasificadas en 6 rubros: 1) servicios de medicina preventiva, 2) servicios de consejería médica, psicológica, dieta y ejercicio, 3) servicio de consulta externa, 4) servicio de salud reproductiva, 5) servicio de odontología, 6) servicio de urgencias, hospitalización y cirugía.¹²⁶ Posteriormente fue sustituido el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (Cases), donde se incrementó a 91 intervenciones de servicio médico en el año 2004; un año después esta cifra subió a 154 intervenciones como respuesta al aumento de familias afiliadas. En el año 2006, el Cases fue sustituido por el Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes).¹²⁷

El Causes es el conjunto de servicios de salud que cubre el Seguro Popular o SPSS, fundamentalmente para la prestación de servicios de primero y segundo nivel de atención. Se agrupan en intervenciones que contemplan acciones de diagnóstico, tratamiento de enfermedades y en algunas ocasiones medidas de rehabilitación. Este catálogo está basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10).

En el año 2009 el número de intervenciones incluidas era de 266 y, para el año 2010, con el objetivo de disminuir los índices de mortalidad materna y fortalecer las acciones en el área de gineco-obstetricia, esta cifra aumentó a 275 intervenciones; finalmente, en el año 2012 se incrementó a 284, donde las

¹²⁶ Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (2005). *Programa Seguro Popular*. México. [en línea]

<http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/21156/105006/file/FATSS002%20Programa%20Seguro%20Popular.pdf> [consulta: 02 de septiembre de 2017].

¹²⁷ Secretaría de Salud, (2017). *Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados Enero-Junio 2017*, p.39, [en línea] http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/2/2017-08-02-1/assets/documentos/Inf_de_Res_del_SPSS_Ene-Jun_2017.pdf , [consulta: 05 de mayo de 2018].

acciones se dirijan a la prevención de enfermedades como diabetes, tratamientos para trastornos de la alimentación, atenciones para el adulto mayor y nuevos esquemas de vacunación.¹²⁸

Otra parte del sistema es la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), instancia responsable de la actualización de las intervenciones del Causes de acuerdo a la implementación de algunos programas federales relacionados con el cuidado de la salud y/o factores en el desarrollo epidemiológico de la población en el país.

Desde su creación y hasta 2012, la cobertura poblacional del SPSS mantuvo una tendencia en aumento. En el año 2004, 5.3 millones de personas estaban cubiertas por el Seguro Popular, para el siguiente año aumentó a 11.4 millones, es decir, se duplicó el número de personas; hasta el año 2009 mantuvo una variación promedio de 29% hasta llegar a 31.1 millones de personas afiliadas ese año; para los siguientes tres años la tendencia se mantuvo en aumento, en el año 2012 ya eran 52.9 millones de personas beneficiadas por el Seguro Popular.

En el año 2010 se mostró un avance significativo en número de afiliados, al registrar 12.4 millones más de personas afiliadas que el año anterior, debido a que el financiamiento cambió de familia a persona.

Por otro lado, en el año 2007 se creó el programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), el cual tuvo un gran impacto en la sociedad; dirigido a recién nacidos, en el mismo año de su creación 0.6 millones ya estaban afiliados, tres años después, ya eran 4.3 millones y en el año 2012 ascendió a 6.6 millones el número de niños afiliados y por ende cubiertos por el SPSS.¹²⁹

En el caso de mujeres embarazadas sin seguridad social, a partir del 2008 tienen acceso a los servicios de salud, esto como parte de los objetivos del

¹²⁸ Ídem.

¹²⁹ Centro de Investigación y Docencias Económicas. (2013). *Avances y temas pendientes de la política de salud en México. Una revisión de los principales indicadores*. México. p. 182. [en línea] <http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/196024/Avances%20y%20temas%20pendientes%20en%20salud.pdf> [consulta: 06 de junio 2014].

programa Estrategia de Embarazo Saludable (ES). En 2009 las mujeres afiliadas al programa sumaron casi 569 mil, y para el año 2012 el número llegó 1'830,934 afiliadas¹³⁰. Lo anterior, además de mejorar la calidad de vida de las mujeres en la etapa del embarazo, también influye en la disminución de los índices de mortalidad materna y recién nacidos.

De acuerdo al *Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud Enero-Junio 2017*, de 2004 a 2017, en términos de afiliación acumulada al Seguro Popular, pasó de 5.3 a 53.5 millones de personas.¹³¹

Algunos de los avances que paralelamente se encuentran al desarrollo del Seguro Popular son los temas relacionados con la portabilidad de derechos y la coordinación interinstitucional para la prestación de los servicios de salud en el país, temas que se abordarán a continuación y han seguido la línea hacia la universalización de los servicios de salud en México.

3.2 Portabilidad y convergencia

La portabilidad, dentro del contexto del cuidado de la salud en México, se refiere principalmente a las condiciones de las personas usuarias de los servicios de salud para contar con cobertura financiera en cualquiera de las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), para recibir atención médica, sin importar lugar de residencia o esquema de aseguramiento.

Dentro de los avances en el tema de la portabilidad se encuentran la instrumentación de un padrón general de salud y acciones encaminadas hacia la integración de un expediente clínico electrónico.

El Padrón General de Salud (PGS), como esquema de identificación, busca facilitar la atención y el intercambio de servicios de salud, mediante el conocimiento previo de los usuarios respecto a su condición de aseguramiento, con el fin de delimitar la cantidad de usuarios y el nivel de cobertura de las

¹³⁰ *Ibidem*, p. 183.

¹³¹ Secretaría de Salud, *op. cit.*, p. 5

instituciones, y así promover la inversión en sistemas de información y comunicación para la integración y coordinación de las instituciones del SNS.

Además se encuentra el Expediente Clínico Electrónico (ECE), éste es una herramienta para que las instituciones de salud conozcan el historial clínico de las personas usuarias o derechohabientes a través un registro único a nivel nacional, y con ello facilitar el intercambio de servicios y gestionarlos de manera eficiente. Es decir, se pretende conocer cualitativa y cuantitativamente a los pacientes respecto a las enfermedades que padecen, para fines estadísticos y para saber si las unidades médicas cuentan con la infraestructura necesaria para cubrir la demanda de los servicios.

La convergencia, por su parte, se refiere a la integración del SNS a través de la coordinación para el uso compartido de recursos, reducción de costos administrativos, formación y disponibilidad de recursos humanos, así como compra coordinada de medicamentos para disminuir el desabasto en las unidades médicas.

Un instrumento de convergencia entre las instituciones son las Guías de Práctica Clínica (GPC), que sirven para la estandarización de los procesos de atención médica y la coordinación interinstitucional con el fin de lograr la homogeneidad y eficiencia en la atención médica. Las GPC son aprobadas por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Cenetec), y se incluyen en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica.

La adquisición y compra de medicamentos de forma coordinada, como parte de las acciones de convergencia, se enfoca hacia la optimización del gasto en la compra de medicamentos y otros insumos para las unidades del sistema nacional de salud.

Por su parte, el Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud (PMSRS) es un instrumento de información en materia de recursos físicos y humanos del SNS; en éste se identifican los criterios para la planeación y construcción de infraestructura nueva, así como la optimización de otras, con base en

requerimientos prioritarios en función del perfil sociodemográfico y epidemiológico de la población.

En cuanto a la formación y disponibilidad de recursos humanos de la salud, el PMSRS también plantea una visión integral donde la información sobre infraestructura en las instituciones del SNS es una variable a considerar en el ordenamiento e inversión en recursos humanos.

Otro instrumento de convergencia en el sector salud es el intercambio de servicios, en éste se establece el aprovechamiento de la capacidad instalada de las instituciones, entidades federativas y municipios. Cabe señalar que el intercambio de servicios puede considerarse el punto de intersección entre la portabilidad y la convergencia, ya que en éste se ponen en práctica todos los instrumentos de ambas herramientas, por lo cual es una parte fundamental entre las acciones hacia la universalización de los servicios de salud en México.

3.2.1 El intercambio de servicios de salud en México

A partir de la década de los noventa, la coordinación se enfocó en la estrategia de descentralización, principalmente a través de los trabajos del Consejo Nacional de Salud, donde participan los secretarios de salud de los estados.

La estrategia de descentralización tiene dos modalidades: 1) la descentralización por circunstancias geográficas y políticas que han dado lugar a los servicios estatales de salud (Sesa); y 2) la descentralización por función para alcanzar mayor eficacia y eficiencia en áreas sustantivas, tal es el caso de los Institutos Nacionales de Salud.

En América Latina y en México, con excepción de Cuba, los sistemas se han integrado mediante la intervención combinada de instituciones de seguridad social, servicios públicos y sector privado.¹³² Cada ámbito institucional tiene proyección sobre un grupo de población, se enmarca por regulaciones específicas

¹³² Veronelli, J. (1983). *La salud en América Latina*. México, Fondo de Cultura Económica, p. 63

y tiene mecanismos propios de financiamiento. Naturalmente, debido a su evolución independiente, este modelo ha dado lugar a desigualdades en el acceso y calidad de beneficios que reciben los diferentes grupos de población.

En México, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 planteó la consolidación de un Sistema Integrado de Salud para garantizar el acceso universal a servicios de alta calidad y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad.

La Estrategia 5, acción 5.5 de dicho plan buscaba promover mayor colaboración entre las instituciones, entidades federativas y municipios para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada en materia de la prestación de los servicios de salud.¹³³

El intercambio, o prestación indirecta de servicios entre los estados y las diferentes instituciones de salud, se centra en los esfuerzos hacia la universalización de los servicios de salud en el país mediante la convergencia y el acceso efectivo de la población para recibir atención médica.

Algunas circunstancias que se analizan y consideran para la viabilidad del intercambio de servicios en el sector salud son:

- La estructura institucional del sector, ya que en ocasiones las instituciones constituyen verdaderos subsectores con universos, reglas y finanzas particulares, es decir, una completa heterogeneidad entre las instituciones involucradas.
- Las disposiciones legales que determinan sus alcances y competencias de las instituciones en lo que respecta a los usuarios. En este sentido, los convenios marco y específicos entre las dependencias y entidades federativas regirán las bases, lineamientos y normas para la operación de los servicios.
- La disponibilidad de infraestructura, tecnología y recursos humanos.
- Las diferencias de capacidad instalada entre las instituciones, tanto en lo que se refiere a su distribución geográfica como a sus niveles de resolución, en este caso, se refiere a especialidades de alta tecnología médica. En algunas zonas también tiene

¹³³ Secretaría de Salud, op. cit., p. 114.

trascendencia las disponibilidades locales de hospitalización general que pudiera tener una institución frente a otra.

- La relación existente entre el número de usuarios que demanda cierto tipo de atención, frente a la disponibilidad de instalaciones o recursos de salud de una institución.
- La existencia de recursos financieros para ejercer la prestación de servicios y la correspondiente flexibilidad administrativa para ejercerlos.

Con lo anterior, se puede inferir que el intercambio de servicios es factible cuando existe un sistema de salud fragmentado y se presentan desequilibrios en disponibilidad de infraestructura y de recursos en general, tal es el caso del Sistema Nacional de Salud en México.

3.3 Convenios y Acuerdos

La demanda de servicios, dentro de la estructura sectorial actual, requiere por parte del entramado institucional de salud una serie de políticas, estrategias y medidas de planificación y presupuesto para lograr los resultados esperados en cuanto a la oferta de servicios a la población. Esto permite el establecimiento de un marco de acción para los entes públicos y abren las posibilidades de mayor flexibilidad a los niveles administrativos locales y federales en la realización de acuerdos y formulación de convenios.

El 2 de octubre de 2001, con el Memorando de entendimiento para la optimización del SNS firmado por el IMSS, ISSSTE y la SSA, se comenzaron a desarrollar acciones con base en la planeación y coordinación entre las instituciones para el aprovechamiento de los recursos humanos, técnicos e infraestructura para garantizar el acceso a los usuarios a los servicios de salud.¹³⁴

¹³⁴ Ramírez Rojas, G., Freyermuth Enciso, G. y Argüello Avendaño, H. (2016). *Acuerdos y convenios interinstitucionales como ejes unificadores del Sistema Nacional de Salud en México*. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. [en línea]
http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Acuerdos_y_convenios.pdf
[consulta: 12 de noviembre de 2017].

En marzo del 2003, dichas instituciones suscribieron el “Convenio General de Colaboración Interinstitucional en Materia de Prestación de Servicios de Salud”,¹³⁵ con el objetivo de establecer los lineamientos para el aprovechamiento de la infraestructura.

Como parte de esta estrategia de coordinación, en 2006 se firmó el Acuerdo de Colaboración Interinstitucional en Materia de Prestación de Servicios de Salud entre la SSA y el ISSSTE, con el fin de otorgar servicios de alta especialidad a los beneficiarios del Seguro Popular y viceversa, los beneficiarios del ISSSTE podían atenderse en el hospitales de especialidades de la SSA.

En el año 2007 se suscribió el Convenio Marco de Colaboración y Coordinación en Materia de Portabilidad de Derechos y Prestación de Servicios de Salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, en el conjunto de las unidades médicas incorporadas al SNS en México.

En mayo de 2009 se dio un gran paso al suscribir el Convenio General de Colaboración en materia de Emergencia Obstétrica entre el IMSS, ISSSTE y SS; en 2013 se incorporó el programa IMSS-PROSPERA. Este convenio se considera parte fundamental de las acciones hacia la universalización de los servicios de salud en el país y del intercambio interinstitucional planificado.

Con el fin de que los afiliados al Seguro Popular puedan recibir atención médica sin restricción alguna en los servicios estatales de salud y organismos públicos descentralizados de las treinta y dos entidades federativas, el 23 de octubre del 2009 se firmó el Convenio de Colaboración Específico y Coordinación en Materia de Prestación de Servicios Médicos y Compensación Económica entre las Entidades Federativas, que para su operación se llamó “Convenio Específico de Portabilidad Nacional 32 x 32”.

Para fortalecer y consolidar el intercambio de servicios en el sector salud, el 12 de mayo de 2011 se suscribió el “Acuerdo General de Colaboración para el

¹³⁵ Ídem.

Intercambio de Servicios”, entre el IMSS, la SS, el ISSSTE, la CNPSS, los Servicios Estatales de Salud (Sesa) y diversas unidades coordinadas por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

Dicho Acuerdo se firmó con el objetivo de fijar los lineamientos generales para la apropiada operación del intercambio de servicios, mediante un sustento legal y homologado entre las instituciones de salud, así como un control, registro y una adecuada organización de los servicios intercambiados. Su finalidad es incidir en la optimización de infraestructura, recursos disponibles y mejorar la oportunidad y calidad de los servicios de salud.

En el gobierno actual, respecto a la planeación nacional, la universalización de los servicios es un tema importante dentro de las metas a cumplir. A continuación se muestra de forma desagregada los objetivos y las estrategias expuestas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (Prosesa), relacionadas con el tema de la presente investigación:

PND 2013-2018 Meta	PND 2013-2018 Objetivos	PND 2013-2018 Estrategias	Prosesa 2013-2018 Objetivos sectoriales
México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.	6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.
México Incluyente	2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social.	2.4.3. Instrumentar una gestión financiera de los organismos de seguridad social que garantice la sustentabilidad del Sistema de Seguridad Social en el mediano y largo plazos.	
México Incluyente	2.4. Ampliar el	2.4.3. Instrumentar una gestión	

	acceso a la seguridad social.	financiera de los organismos de seguridad social que garantice la sustentabilidad del Sistema de Seguridad Social en el mediano y largo plazos.	
México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. 2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad. 2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
México Incluyente	2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social.	2.4.1. Proteger a la sociedad ante eventualidades que afecten el ejercicio pleno de sus derechos sociales. 2.4.2. Promover la cobertura universal de servicios de seguridad social en la población.	

Elaboración propia, con información retomada del DOF, 2017.

En el año 2016, teniendo como antecedentes los convenios antes señalados y los objetivos y metas del PND, en el mes de abril se celebró el “Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud”, entre la SSA, IMSS e ISSSTE. Su objetivo principal es avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud así como, al igual que los demás convenios y acuerdos, garantizar el acceso efectivo con calidad a los servicios de salud a la totalidad de la población mexicana,

independientemente de su edad, condición económica o lugar de residencia. Este acuerdo:

“... incluye diez compromisos encaminados principalmente a eliminar las barreras que genera la fragmentación jurídica institucional, fortalecer la coordinación entre el IMSS-PROSPERA y el Seguro Popular, homogeneizar el modelo de atención entre las instituciones participantes, operar el Padrón General de Salud, celebrar instrumentos jurídicos para prestación e intercambio de servicios y promover el autocuidado. De inicio participan el Estado de México, Oaxaca y Baja California e incluye 14 intervenciones diagnósticas y de tratamiento especializado...”¹³⁶.

Este instrumento puede ser considerado como la culminación de la suma de voluntades hacia la universalización de los servicios de salud, y punto nodal de las acciones del Estado en lo que corresponde a la provisión y acceso efectivo de los servicios del Sistema Nacional de Salud mexicano.

3.4 Propuesta de FUNSALUD hacia la universalización de los servicios de salud

La institución fue creada en mayo de 1985 bajo la iniciativa de un grupo de empresarios mexicanos comprometidos y preocupados por el desarrollo del país.

De acuerdo a su Manual de Organización:

“...es una asociación civil, autónoma, sin fines de lucro, inscrita en el Registro Público de la Propiedad, en la sección de Personas Morales Civiles, y en el Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, CONACYT, situación que le hace posible de disfrutar de estímulos fiscales y facilidades que el gobierno de México otorga para impulsar el desarrollo científico y tecnológico y la filantropía. Está inscrita en el Registro Federal de Organizaciones de la Sociedad Civil, situación que le permite acceder a recursos federales. Cuenta con el registro en la Oficina

¹³⁶ Ídem.

de Integridad de la Investigación del Departamento de Recursos Humanos y Salud de los Estados Unidos de América”.

En este marco, el compromiso de la empresa (expresado en su objetivo que es la investigación en temas en salud, para la formulación, seguimiento, y valoración de políticas y programas en salud), y la relación que hay con el gobierno mexicano, tiene como resultado que el poder ejecutivo en México perfile las políticas en salud de la mano con esta institución; el caso más concreto es la implementación del Sistema de Protección Social en Salud como política pública del Estado hacia la cobertura universal en salud de la población mexicana.

Una vez comprendidos los antecedentes de la empresa Funsalud, a continuación se abordará su propuesta en el contexto mexicano.

La propuesta se da a partir de problemáticas detectadas en la prestación de los servicios de salud en México, de acuerdo con el documento de Funsalud que señala:

“existen graves diferencias en la calidad de atención de los servicios de salud públicos y privados, con una consecuente inequidad, distintos grados de eficiencia y serias duplicaciones dentro de las instituciones del Sistema Nacional de Salud”.¹³⁷

Parte de la propuesta de Funsalud nace de la premisa del Dr. Julio Frenk Mora, de que:

“el país necesita transitar hacia el siguiente estado de la seguridad social, que es la protección social universal”.¹³⁸

La propuesta de Funsalud se orienta a la separación de las funciones de financiamiento con la de prestación de servicios de salud, es decir, plantea que el financiamiento sea a través de un fondo único de impuestos generales: “Seguro único de salud”, y la prestación de los servicios de salud se dé mediante la

¹³⁷ Fundación Mexicana para la Salud. Institución privada al servicio de la Comunidad. (2011). *Proyecto de Universalidad de los Servicios de Salud*. México. p. 49.

¹³⁸ Ídem.

articulación de instituciones públicas y privadas, organizadas en redes plurales de atención por niveles escalonados.

Respecto al financiamiento la propuesta central de Funsalud es:

- Legislar una contribución generalizada a través de impuestos generales que sustituya a los sistemas actuales de financiamiento de la atención médica provenientes de fondos generales y cuotas obrero-patronales.
- Establecer además impuestos especiales que por ley tendrían como destino específico financiar la atención médica de todos los mexicanos a través de la imposición a la producción y consumo de artículos que representan un riesgo para la salud (tabaco, alcohol).
- Etiquetar el financiamiento a la salud a través de una combinación de gravámenes sobre el consumo general, impuestos especiales y el ingreso, que con una base gravable amplia no podría ser excluyente de contribuyentes ni de beneficiarios.
- Integrar con estos recursos un fondo único de aseguramiento de atención médica que canalice el financiamiento para la prestación de servicios.¹³⁹

En lo que se refiere a la separación de funciones del sistema nacional de salud, la Fundación considera que la prestación de los servicios de salud será de mayor calidad y eficiencia en cuanto al uso de infraestructura y duplicidad de funciones e información, si las unidades operativas del sector público o instancias encargadas de los servicios de salud focalizan sus acciones en aquellas que tienen relación directa con la atención.

La propia OCDE ha señalado la deficiencia que tiene la Secretaría de Salud en su papel rector en el tema de la prestación de servicios de salud dentro del sistema de seguridad social, dado que éste se encuentra fragmentado de tal forma que, por ejemplo, en el caso del IMSS la SS no tiene mayor injerencia en la supervisión, porque éste le reporta a la Secretaria del Trabajo y Previsión Social.

¹³⁹ Fundación Mexicana para la Salud, op. cit. p. 58.



Figura 1. Fuente: Fundación Mexicana para la Salud, 2011.

Se puede observar en la Figura 1 que la Secretaría de Salud funge como rectora del Sistema Nacional de Salud y prestadora de servicios de salud, mediante el Seguro Popular para la cobertura de la población no asegurada.

La propuesta concreta en la separación de funciones del Sistema de Salud de Funsalud supone:

...”sustituir la actual integración vertical con segregación de grupos sociales por una organización horizontal por funciones, en la cual la Secretaría de Salud conservara solamente la función rectora de sector, la función de financiamiento fuera a través de un fondo único sustentado en impuestos generales, la función de articulación fuera perfectamente definida con reglas del juego que garantizaran el flujo de los recursos y la calidad de los servicios y la prestación de servicios corriera a cargo de las unidades médico hospitalarias públicas y privadas, organizadas en redes plurales de atención por niveles escalonados.¹⁴⁰

¹⁴⁰ Fundación Mexicana para la Salud, op. cit. p. 61.

Funciones	Grupos sociales
Rectoría	Secretaría de Salud
Financiamiento	Seguro único de salud
Articulación	Instituciones públicas y privadas
Prestación	Redes plurales de atención

Figura 2. Fuente: Fundación Mexicana para la Salud, 2011.

Cabe resaltar que esta propuesta pretende fortalecer la capacidad rectora de la SS, lejos de su actual función como reguladora del sector o intermediaria. Este cambio pretende que la SS se aparte gradualmente de la prestación directa de servicios y se aboque a la rectoría estratégica a través de acciones como son: definir direcciones estratégicas; formular políticas en salud; establecer un esquema financiero que cumpla con los objetivos de cobertura y calidad deseados; promover la coordinación entre organizaciones, sectores y los niveles de gobierno para el logro de objetivos en beneficio del desarrollo del sistema de salud; regular los prestadores de servicios de salud y cuestiones de sanidad en la oferta de bienes y servicios, entre otras.

Otro punto de la propuesta de Funsalud es la pluralidad de la prestación de los servicios de salud; esto se refiere a la convergencia entre las instituciones públicas y privadas para la prestación de estos a través de redes plurales escalonadas por niveles de atención, cuyo objetivo es alcanzar el acceso efectivo de la totalidad de la población mexicana.

La idea hace énfasis en cubrir a las familias de cualquier padecimiento ambulatorio o atención primaria, a través de la portabilidad de derechos para otorgar servicios dentro de un esquema universal; esto supone que el usuario podría elegir el proveedor de servicios, por lo que se crea un inminente escenario de competitividad entre los proveedores.

Sobre la función articuladora entre el sector público y el sector privado, la propuesta se basa en la confianza y corresponsabilidad de ambos sectores para asegurar el uso racional de los recursos, cumplir con los estándares mínimos de calidad hacia los consumidores y cuidar los bolsillos de las familias mexicanas. En este punto figura la capacidad rectora de la Secretaría de Salud y del Estado para monitorear el uso de los recursos y apego a la normatividad en la operación de ambos sectores.

De acuerdo al documento de Funsalud sobre la universalidad, para que se pueda llegar a la pluralidad de los servicios se requiere lo siguiente:

- Elaborar un diagnóstico de los servicios y recursos privados de salud existentes en el país para incorporar a la regionalización de los servicios de salud y constituir redes plurales de atención médica;
- Favorecer la participación de capitales privados en la creación de nueva infraestructura física de salud, principalmente en proyectos de prestación de servicios y en las unidades médicas de alta especialidad;
- Estudiar las condiciones para la participación de prestadores privados de servicios de atención médica, bajo el cumplimiento de condiciones de calidad y eficiencia;
- Impulsar el fortalecimiento de los patronatos de los hospitales de alta especialidad para acrecentar la movilización de recursos en favor de la salud;
- Favorecer la participación de otros servicios privados de apoyo a las funciones sustantivas de las unidades aplicativas.
- Desarrollar una propuesta de participación de capitales privados en la creación de nueva infraestructura física de salud, principalmente en proyectos para prestación de servicios (PPS) y en las unidades médicas de alta especialidad. Esta puede basarse en el análisis de la experiencia de los PPS en México; la propuesta de nueva

legislación que está en el Congreso; y la experiencia en otros países: características, condiciones y resultados de la participación privada en la creación de infraestructura;

- Establecer las condiciones para la participación de prestadores privados de servicios de atención médica, bajo el cumplimiento de condiciones de calidad y eficiencia. Requiere el análisis de los siguientes aspectos:
- Recomendaciones que se desprenden de la experiencia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed);
- Estándares de calidad del Consejo de Salubridad General;
- Esquema regulatorio de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), principalmente en lo relacionado con el dictamen de práctica médica y vigilancia sanitaria
- La experiencia del esquema promovido por el Seguro Popular y otras figuras en la provisión de servicios médicos;
- Principales exigencias de calidad y eficiencia dentro de la visión objetivo de universalidad;
- Esquema de incentivos para la promoción y supervisión de las condiciones de calidad y eficiencia.

Cabe mencionar que actualmente existe un Plan Maestro Sectorial en Salud que monitorea los recursos físicos en infraestructura disponibles, pero solamente cuenta con el diagnóstico de las instituciones públicas, de aquí la propuesta para promover la apertura hacia el sector privado.

Otro factor importante para las estrategias de financiamiento, articulación y prestación de los servicios de salud en el país es la revisión de la agenda legislativa y del marco jurídico.

En México, en la actualidad está constitucionalmente garantizado el derecho a la protección social en salud, sin embargo, por la integración del sistema de forma segmentada, la condición laboral de las personas determina el acceso a este derecho, es decir, sólo aquella población con un trabajo formal cuenta con seguridad social. Atender esto implica una reforma en la separación de las funciones de las instituciones, la ejecución de las políticas en salud y de los programas federales; aquí, una vez más suena imperante la capacidad rectora de

la Secretaría de Salud para llevar a cabo convenios de coordinación entre las instituciones y las entidades federativas.

Para la homologación de los servicios que brindan, también se requiere reformar la Ley del Seguro Social, debido a las diferentes modalidades de aseguramiento, ya sea para estudiantes, población que voluntariamente se asegura por medio del pago de una cuota anual y trabajadores del campo o de la construcción; por su parte, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Ley General de Salud, en lo que corresponde a la conceptualización de las modalidades de la prestación de servicios.

Sin embargo, la parte medular, y de mayor complejidad, en materia de reformas jurídicas, es lo referente al financiamiento por medio de una cuota social o impuesto general, junto con un estudio previo del impacto presupuestal de las instituciones proveedoras de servicios.

Conclusiones

De acuerdo a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, la provisión de servicios de salud en México ha sido garantizada por el Estado; sin embargo, la demanda en el número de habitantes, así como en atención y servicios por parte de la población ha traído como consecuencia modificaciones en la gestión de dicha provisión de servicios.

En este sentido y a lo largo del tiempo, el sistema de salud mexicano ha buscado satisfacer las necesidades de la población, algunas veces para contrarrestar cuestiones epidemiológicas, enfrentar problemas como son la pobreza y desigualdad, y en otras ocasiones, como son las reformas administrativas, en vías de un mejoramiento en la planeación y programación de las políticas en salud, a partir de la reestructuración organizacional de la Administración Pública Federal.

En este contexto, el gobierno, a través de las políticas en salud, programas y estrategias, ha promovido la inclusión de la sociedad hacia el acceso efectivo de los servicios de salud. No obstante, desde la creación de las instituciones de seguridad social como son el Instituto Mexicano del Seguro social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, dicha inclusión se da a partir de la relación laboral; es decir, y como se mostró durante la investigación, el sistema de salud en México se otorga a la población de manera fragmentada, a pesar de que el Estado por mandamiento constitucional debe proveer de protección en salud a todos los mexicanos.

A partir de las ideas antes planteadas y ante la prevalencia de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, hasta el año 2004, con la creación del Seguro Popular, se comenzó a concretar el proyecto hacia la universalización de los servicios de salud.

Cabe hacer un paréntesis para señalar que se asume una etapa de concreción del plan de salud referido, porque es hasta antes de 2004 solamente se contaban en el país convenios específicos entre instituciones de seguridad social para la atención de la población, sin importar la afiliación; tal es el caso del programa para el cuidado de las mujeres en su periodo de embarazo.

Tomando como referencia el año en el que se dio la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1943, como pionero de la seguridad social; pasaron 60 años para que el gobierno hiciera algo realmente operacional para proteger a la población que no contaba con seguridad social o algún otro tipo de aseguramiento en el ramo de la salud. No obstante, los precedentes de política social implementados por el Gobierno Federal en los últimos años han marcado una línea paralela ante la universalización de los servicios de salud.

Dichas acciones han demostrado que México tiene como caudal final para los servicios de salud, y como propuesta de política social, la implementación de un universalismo básico, bajo la premisa de una coordinación entre el sector público y el sector privado para la prestación de dichos servicios.

Dentro de los puntos de inflexión, sin duda se encuentra la falta de incentivo del gobierno para la operación de programas sociales, a mediados de esta década, al tener como prioridad y preponderar la política económica ante lo social, que si bien ha sido una constante, en esos tiempo se podía visualizar una precariedad notoria en los programas sociales. Esta preponderancia, así como la influencia de organismos internacionales y de corrientes de corte neoliberal desde finales de los ochenta, han dejado en claro que lo social queda en segundo plano, arrastrando una serie de indicadores de desigualdad y pobreza con una tendencia a la alza o simplemente manteniéndose constantes.

Aunado a lo anterior, con la reforma al sistema de pensiones en 1995 y la transferencia de los recursos públicos a empresas privadas, se marca una pauta importante para la injerencia de las empresas privadas en aspectos de la seguridad social en México.

Asimismo, el permitir la asociación pública-privada para la provisión de servicios de salud, se plantea un espacio de intervención de particulares, que no por no actuar u operar tal cual como aseguradoras privadas recibiendo ingresos directos de la sociedad, no significa que no sean acciones a favor de la privatización, ya que el Gobierno Federal le transfiere fondos públicos a dichas empresas.

Otro punto de inflexión que se encuentra y puede parecer contradictorio, fue la implementación del Seguro Popular, porque aunque su objetivo sea el de brindar protección social en salud a la población sin seguridad social o abierta, la forma de operar se asemeja a las instituciones privadas, pero, con la condicionante de cubrir únicamente un limitado número de intervenciones, en su mayoría del primer nivel de atención. Desde la óptica del universalismo básico expuesto, el segundo y tercer niveles quedaría abierto a la participación de las empresas privadas o aseguradas para brindar atención médica, a través de servicios subrogados.

Algo importante de destacar es la actitud conciliadora del gobierno mexicano, al llevar a cabo, en el 2016, el “Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud”, como bandera de gobierno para convencer a la sociedad de que no se ha dejado de perseguir el bien común en el tema de salud como tarea del Estado; sin embargo, en el Acuerdo se hace referencia a la universalización a través de la participación interinstitucional o convergencia entre el sector salud, sin señalar la colaboración con el sector privado.

Como se mencionó en la presente investigación, desde hace años las políticas en salud se han llevado a cabo de la mano de FUNSALUD, empresa privada; simplemente la creación del Seguro Popular fue propuesta suya y en

países latinoamericanos que han seguido esta tendencia, como es el caso de Colombia o Chile, las empresas privadas de salud tienen una participación en el sistema fuertemente activa.

Si se toma en cuenta el estudio del sistema de salud brasileño, se pudo observar que una de las deficiencias de éste radica en la falta de cooperación de la sociedad civil o la limitada madurez política del país para la retroalimentación de los servicios, que a pesar de que la sociedad es representada y se encuentra inmersa en las decisiones para la gestión en la provisión de los servicios de salud en el país, la gestión de los servicios carece de dicha participación

Una reforma en el financiamiento del sistema de salud mexicano, donde se aplique un impuesto general al total de la población es un tema eje en el análisis de los servicios de salud en México, y es precisamente parte de las propuestas de FUNSALUD y, aunque un tanto radical, dicha propuesta debe considerarse como parte de la solución para que el acceso a los servicios de salud sea efectivo y llegue hasta las comunidades marginadas.

Estamos inmersos en una realidad donde el Estado ha mostrado su incapacidad para resolver el problema de la protección social en materia de salud, y ha mostrado su incapacidad para acabar con la desigualdad; tan es así que, desafortunadamente, la salud como un tema profundo de impacto social se ha dejado a un lado y los programas sociales no han logrado los beneficios deseados. El trasfondo social es la parte más importante y lo idóneo sería que el discurso del gobierno se tradujera inmediatamente en resultados.

Desde la perspectiva de la Administración Pública es necesario contar con un entramado institucional fuerte, con un respaldo en el aspecto jurídico y financiero, donde la Secretaría de Salud como entidad competente tenga las herramientas y facultades para la coordinación y control en la provisión de servicios del Sector público de Salud en conjunción con el Sector Privado. Es inevitable hablar a estas alturas de un Estado capaz de cubrir universalmente de protección social en salud a los mexicanos, con recursos propios públicos. Por ello, la perspectiva final se concreta en que el sistema de salud mexicano está

transitando hacia un modelo donde las instituciones de seguridad social y la Secretaría de Salud convergen para fortalecer el sector público y homologar servicios y costos; dirigir los servicios hacia la Atención Primaria en Salud y prevención para disminuir costos por el combate de enfermedades no transmisibles; y de forma inevitable, hacia la apertura de un mercado de aseguramiento y prestación de servicios, con diferentes combinaciones público-privadas, como en caso de Colombia y Chile, cada uno con sus respectivas modelos.

Bibliografía

- Barajas, G. (2002). Las políticas de administración de la pobreza en México: Ayer y hoy. *Foro Internacional*, vol. 42 (1), 63-98.
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Publica de México*, 53, S132-S143.
- Bobbio, N. (2014). *Estado, gobierno y sociedad. Por una teoría general de la política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Farfán Mendoza, G. (s/a). Políticas de estabilización y reformas a la política social en México, en Barba Solano, C. y Valencia Lomelí, E. (coords.). *El debate nacional. La política social*, México: Universidad de Guadalajara-Editorial Diana.
- Filgueira, F., Molina, C., Papadópulos, J. y Tobar, F. (2005). *Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida en América Latina*. Uruguay: Centro de Información y Estudios de Uruguay.
- Fleury, S. (2003) ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Fundación Mexicana para la Salud. Institución privada al servicio de la Comunidad. (2011). *Proyecto de Universalidad de los Servicios de Salud*. México.
- Gordon, S. (1999), *Del universalismo estratificado a los programas focalizados. Una aproximación a la política social en México*, en Schteingart, Martha, coord., *Políticas sociales para los pobres en América Latina*, México, Porrúa

- Guerrero Orozco, O. (1985). *Introducción a la administración pública*. México: Harla S.A de C.V.
- Guerrero Orozco, O. (2007). *Principios de la Administración Pública*. Colombia: Escuela Superior de Administración Pública.
- Maquiavelo, N. (2004). *El príncipe*, Madrid, Editorial Edaf.
- Maingón, T. (s/a). *Proceso de Privatización en los Servicios de Salud en América Latina y El Caribe: estudio de caso*. México.
- Molina, C. (2006). *Universalismo básico. Una nueva política social para América Latina*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo y Editorial Planeta.
- Moreno Salazar, P., Ortiz, C. y Marrufo, E. (2004). Veinticinco años de políticas de desarrollo social en México. *Sociológica*, año 19 (54).
- Montagut, T. (2000). *Política Social. Una introducción*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Montesquieu (2002). *El Espíritu de las Leyes*. España: Ediciones Istmo.
- Pardo, M. (2010). El Estado mexicano: ¿de la intervención a la regulación?, en Loaeza, S. y Prud'homme, J. (coords.) *Los grandes problemas de México. Instituciones y procesos políticos*. México: El Colegio de México.
- Ruíz Medina, M. (2011). *Políticas Públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa, México*. Tesis Doctoral. México. Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Contaduría y Administración, División de Estudios de Posgrado.
- Serra Rojas, A. (1997). *Derecho administrativo*. México: Editorial Porrúa.
- Sesma-Vázquez, S., Pérez-Rico, R., Sosa-Manzano, C., Gómez-Dantés, O. (2005). Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. *Salud Publica de México*, 47 (1), 37-46.
- Valencia Lomelí, E. (2003). Políticas sociales y estrategias de combate a la pobreza en México. Hacia una agenda de investigación. Notas para la discusión. *Estudios Sociológicos*, vol. XXI (61), 105-133.

- Valencia Lomelí, E., Foust, D. y Tetreault, D. (2012). *Sistema de protección social en México a inicios del siglo XXI*. CEPAL-ONU, Colección Documentos de proyecto.
- Veronelli, J. (1983). *La salud en América Latina*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Weber, M. (2008). *El político y el científico*. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Yáñez Campero, V. (s/a). *El sector salud en México*. México.

Cibergrafía

- Abardía A. y Morales F. coordinadores, (2008). Desarrollo regional. Reflexiones para la gestión de los territorios. México: Alternativas y Capacidades, p. 245. [en línea].
http://www.alternativasycapacidades.org/sites/default/files/publicacion_file/CD_R_desarrolloRegional_20081203.pdf [consulta: 04 de mayo de 2018].
- Abellán, A. (1997). La problemática del Estado de Bienestar como fenómeno internacional. *Revista de Derecho Político*, 42, 95-135. [en línea].
<http://revistas.uned.es/index.php/derechopolitico/article/viewFile/8697/8291> [consulta: 19 de julio de 2016].
- Adelantado, J. (2017). Las Políticas Sociales". España: s/e. [en línea]
<https://trabajosocialudocpno.files.wordpress.com/2017/11/las-politicas-sociales-por-jose-adelantado.pdf> [consulta: 18 de febrero de 2017].
- Alva-Díaz, C. (2012). Universalizar o privatizar los servicios de salud. *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 5 (3). [en línea]:
http://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=88266&id_seccion=4650&id_ejemplar=8680&id_revista=299 [consulta: 13 de marzo de 2017].

- Atun, R., Monteiro de Andrade, L., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., et al. (2015). La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. *Medicc Reviewe*, vol.17, S21–39. [en línea] <http://mediccc.org/mediccreview/uhc-atun.php> [consulta: 14 de septiembre de 2017].
- Becerril-Montekio, V., Medina, G. y Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud Publica de México*, 53, S120-S131. [en línea] <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/08.pdf> [consulta: 04 de septiembre de 2017].
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2016). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. México [en línea] <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/marco.htm> [consulta: 22 de junio de 2016].
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2016). *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*. México [en línea] http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/153_180716.pdf [consulta: 20 de enero de 2017].
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (2005). *Programa Seguro Popular*. México. [en línea] <http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/21156/105006/file/FATSS002%20Programa%20Seguro%20Popular.pdf> [consulta: 02 de septiembre de 2017].
- Centro de Investigación y Docencias Económicas. (2013). *Avances y temas pendientes de la política de salud en México. Una revisión de los principales indicadores*. México. [en línea] <http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/196024/Avances%20y%20temas%20pendientes%20en%20salud.pdf> [consulta: 06 de junio 2014].
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2016). *Medición de la pobreza*. México. [en línea]

- <http://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx> [consulta: 16 de julio de 2017].
- Damián, A. (s/a). *El estudio de pobreza de COPLAMAR*. Investigación del Colegio de México, [en línea]
<http://aracelidamian.org/FinancieroPDF/Estudios%20pobreza%20PDF/EI%20estudio%20de%20COPLAMAR%2014-6-04.pdf> [consulta: 9 de febrero de 2017].
- De Buen, N. (1993). La crisis del Estado de Bienestar. *Jurídica. Anuario del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana*, 22, 195-207. [en línea]
<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/jurid/cont/22/pr/pr6.pdf>
[consulta: 17 de julio de 2016].
- De la Piedra Matute, M. (2010). Entrevista al Dr. Julio Frenk. *Revista AAPAUNAM Academia, Ciencia y Cultura*. [en línea]
<http://www.medigraphic.com/pdfs/aapaunam/pa-2010/pa103f.pdf> [consulta: 13 de marzo de 2017].
- De Souza Minayo, M. (2017). Sistemas de salud en Brasil y políticas de regionalización. *Revista Ciencia y Salud Colectiva*. [en línea]
<https://pressreleases.scielo.org/es/2017/05/08/sistemas-de-salud-en-brasil-y-politicas-de-regionalizacion/> [consulta: 16 de julio de 2017].
- Diario Oficial de la Federación, *Programa para un Nuevo Federalismo 1995-2000*, México, [en línea] <http://legismex.mty.itesm.mx/progs/p-feder.pdf> [consulta: 27 de abril de 2018].
- Erazo, A. (2011). *La protección social en Chile. El plan AUGE: avances y desafíos*. Santiago de Chile: Sección de Estudios del Desarrollo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. [en línea]
http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5218/1/S1100415_es.pdf,
[consulta: 08 de agosto de 2017].
- Espíndola, J (S/A). Reseña del libro de Fernando Escalante, *Historia mínima del neoliberalismo*, México, El Colegio de México, 2015, 320 pp. ISBN 978-607-

- 462- 786-2. p. 978. [en línea] <http://www.scielo.org.mx/pdf/hm/v66n2/2448-6531-hm-66-02-00977.pdf>, [consulta: 01 de mayo de 2018].
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez J., García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica de México*, 57, 180-186. [en línea] <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n2/v57n2a14.pdf> [consulta: 21 de junio de 2016].
- Farge Collazos, C. (2007). El Estado de Bienestar. *Enfoques*, vol. XIX, (1-2) 45-54. [en línea] <http://www.redalyc.org/pdf/259/25913121005.pdf> [consulta: 24 de julio de 2016].
- Goic G., A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile*, 143, 774-786. [en línea] <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n6/art11.pdf> [consulta: 18 de agosto de 2017].
- Gollás, M. (2003). *México. Crecimiento con desigualdad y pobreza*. México, Centro de Estudios Económicos, El Colegio de México, p.22, [en línea] <http://cee.colmex.mx/documentos/documentos-de-trabajo/2003/dt20033.pdf> [consulta: 11 de abril 2018].
- González E. (2015), *Cruzada Nacional contra el Hambre*, México, Secretaría de Desarrollo Social, [en línea] http://www.mppn.org/wpcontent/uploads/2016/11/19.MEXICO_ESP_WEDS.pdf, [consulta 30 de abril de 2018].
- Huerta Moreno, M. (2005). El neoliberalismo y la conformación del Estado subsidiario. *Política y Cultura*, 24, 121-150. [en línea] http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422005000200006 [consulta: 08 de agosto de 2016].
- Instituto Mexicano para la Competitividad, (2017). *Panorama de la Salud 2017 vía OCDE*, México, [en línea] <https://imco.org.mx/temas/panorama-la-salud-2017-via-ocde/> [consulta: 01 de abril de 2018].

- Juárez, G. (1977). La Sectorización: Medida fundamental para la racionalización de la Administración Pública Federal, *Revista de Administración Pública*, 31 y 32, 26-33. [en línea]-
<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/31/pr/pr4.pdf>
[consulta: 20 de marzo 2017].
- Knaut FM y col. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *salud pública de méxico / vol. 55, no. 2, marzo-abril de 2013*, [en línea] <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n2/v55n2a13.pdf>
[consulta: 03 de mayo de 2018].
- Leco Tomás, C. y Bollain Parra, E. (2013). *La política social en México, 1970-2013*. México: INCEPTUM. [en línea]
<http://inceptum.umich.mx/index.php/inceptum/article/viewFile/230/211>
[consulta: 15 de junio de 2017].
- Longo, F y Echebarria K. (s/a), *La Nueva Gestión Pública en la Reforma del Núcleo Estratégico del Gobierno: Experiencias Latinoamericanas*. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, p. 2 [en línea], <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/CLAD0040203.pdf>, [consulta 12 de mayo de 2018].
- López E. (2012). La descentralización de los servicios de salud. Facultad de Derecho, Universidad Panamericana, [en línea] URL <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/arsiu/cont/47/act/act6.pdf>
[consulta: 01 de mayo de 2018].
- Lustig, N. y Székely, M. (1996). *México: Evolución económica, pobreza y desigualdad*. Washington D.C. [en línea]
<http://fundacionmerced.org/bibliotecadigital/wp-content/uploads/2013/05/M%C3%A9xico-Evoluci%C3%B3n-econ%C3%B3mica-pobreza-y-desigualdad-Lustig.pdf> [consulta: 08 de febrero 2017].

- México (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México. [en línea]
<http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf> [consulta: 03 de abril de 2017].
- México. (2013). *Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2014*, Diario Oficial de la Federación. [en línea]
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326727&fecha=17/12/2013
[consulta: 21 de abril de 2017].
- México. (2014). *Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018*. Diario Oficial de la Federación. [en línea]
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5342374&fecha=28/04/2014
[consulta: 14 de septiembre de 2017].
- México. (2016). *La Cruzada contra el Hambre es parte de la Estrategia de Inclusión Social*. [en línea]
<https://www.gob.mx/sinhambre/documentos/cruzada-contra-el-hambre-parte-de-la-estrategia-de-inclusion-social?idiom=es> [consulta: 15 de junio de 2017].
- Moyado, F. (1996). La política social en México: Un enfoque descentralizador con fines de adaptación, *Estudios políticos*, Núm. 12, Cuarta Época, julio-septiembre, [en línea]
www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/download/37108/33697
[consulta: 10 de mayo de 2018].
- Organización de las Naciones Unidas (2017). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. [en línea]
<http://www.unesco.org/news/es/right2education>, [consulta: 12 de febrero de 2017].
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Ministro de Salud de Brasil destaca los desafíos en salud de su país durante visita a la OPS*. [en línea]
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13147%3Abrazils-health-minister-outlines-health-challenges-in-paho-visit&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es [consulta: 16 de julio de 2017].

- Oyarce H. (S/A), Gerencia Pública, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, [en línea],
https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/4/45114/Gerencia_Publica2011_HOYARCE.pdf [consulta de 10 de mayo 2018].
- Programa Universitario de Derechos Humanos. (2015). Desigualdad Extrema en México. Concentración del Poder Económico y Político. *Revista PERSEO*. [en línea] <http://www.pudh.unam.mx/perseo/desigualdad-extrema-en-mexico-concentracion-del-poder-economico-y-politico/> [consulta: 16 de julio de 2017].
- Ramírez Rojas, G., Freyermuth Enciso, G. y Argüello Avendaño, H. (2016). *Acuerdos y convenios interinstitucionales como ejes unificadores del Sistema Nacional de Salud en México*. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. [en línea]
http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Acuerdos_y_convenios.pdf [consulta: 12 de noviembre de 2017].
- Revilla-Rodríguez, E. y Pimentel-Roque, C. Calidad de los Servicios de Salud en México. *Evidencia Médica e Investigación en Salud*, vol. 5 (3), 76-78. [en línea]
<http://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2012/eo123a.pdf> [consulta: 3 de agosto de 2017].
- Rolim Sampaio, L. (2006). *La estrategia de atención primaria en Brasil*. Honduras: Ministerio de Salud de Brasil. [en línea]
www.paho.org/hq/documents/.../Programa_Salud_Familiar_Brasil_L_Sampaio.pps [consulta: 02 de septiembre de 2017].
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2013). *Presupuesto de Egresos de la Federación*. México. [en línea]
http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2013/temas/tomos/33/r33_ep.pdf [consulta: 21 de abril de 2017].

- Secretaría de Salud. (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. México. [en línea] http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf [consulta 03 de abril de 2017].
- Secretaría de Salud. (2018). Quinto Informe de Labores 2016-2017. México, [en línea] https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/254434/5to_IL_SS.pdf [consulta: 22 de marzo de 2018].
- Secretaría de Salud. (2017). *Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados Enero-Junio 2017*, [en línea] http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/2/2017-08-02-1/assets/documentos/Inf_de_Res_del_SPSS_Ene-Jun_2017.pdf, [consulta: 05 de mayo de 2018].
- Uvalle Berrones, R. (2003). La Recuperación Conceptual y Metodológica de la Administración Pública, *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, vol. 10 (33), 249-272. [en línea] <http://www.redalyc.org/pdf/105/10503311.pdf> [consulta: 24 de julio de 2016].
- Valverde Viesca, K. (1998). El desmantelamiento del Estado interventor en México. *Estudios políticos*, Núm. 18, Cuarta Época, Mayo-Agosto, p. 138 [en línea] <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/viewFile/37196/33780> [consulta: 17 de marzo 2018].
- Veras Soares, F. (2006). Universalización o focalización – un falso dilema. Brasil: Centro Internacional de Pobreza, PNUD/IPEA. [en línea] www.ipc-undp.org/paper-seminar/UniversalizacionOFocalizacionUnFalsoDilema.ppt [consulta : 07 de mayo de 2017].
- Villagómez, A. y Hernández, J. (2010). Impacto de la reforma al sistema de pensiones en México sobre el ahorro. *Economía Mexicana. Nueva Época*, vol. XIX (2), 271-310. [en línea] <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32315831003> [consulta: 18 de abril de 2017]

Acrónimos y abreviaturas

Coneval: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

DIF: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

LOAPF: Ley orgánica de la Administración Pública Federal

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

Pemex: Petróleos Mexicanos

PIB: Producto Interno Bruto

PND: Plan Nacional de Desarrollo

Pronasa: Programa Nacional de Salud

Prosesa: Programa Sectorial de Salud

SCT: Secretaría de Comunicaciones y Transportes

Sedena: Secretaría de la Defensa Nacional

Semar: Secretaría de Marina – Armada de México

SP: Seguro Popular

SPSS: Sistema de Protección Social en Salud

SS: Secretaría de Salud

Afore: Administradoras de Fondos para el Retiro

Siefore: Sociedades de Inversión Especializadas en Fondos para el Retiro

CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud

SNS: Sistema Nacional de Salud

SAR: Sistema de Ahorro para el Retiro

Funsalud: Fundación Mexicana para la Salud

REPSS: Regímenes Estatales de Protección Social en Salud

IMPI: Instituto Mexicano de Protección a la Infancia

Fovissste: Fondo de vivienda del ISSSTE

Coplamar: Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados

Sesa: Servicios Estatales de Salud

Infonavit: Instituto de Fomento Nacional para la Vivienda de los Trabajadores

Consar: Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro

Pider: Programa de Inversiones Públicas para el Desarrollo Rural

SAM: Sistema Alimentario Mexicano

Pronasol: Programa Nacional de Solidaridad

Progresas: Programa de Educación, Salud y Alimentación

ASF: Aportación Solidaria Federal

FPGC: Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

FPP: Fondo de Previsión Presupuestal

CS: Cuota Social

ASE: Aportaciones Solidarias Estatales

Causes: Catalogo Universal de Servicios de Salud