

EL PACTO POR MÉXICO: UNA REFLEXIÓN SOBRE EL SISTEMA PRECARIO DE SALUD MEXICANO¹

The pact for Mexico: a reflection on the precarious Mexican health system / O pacto para o México: uma reflexão sobre o precário sistema de saúde Mexicano

Laura Elizabeth Benhumea González²

RESUMO

A discussão sobre o desenvolvimento do sistema de saúde mexicano tem sido caracterizada por processos internos / externos que visam conceber um modelo que poderia resolver as necessidades estruturais da sociedade civil, para gerar um sistema de acordo com os princípios de cobertura, universalidade, qualidade e eficiência, tendo em conta as noções expostas por Dantes (2011), Mercedes (2013), Puig (2015) entre outros. Assim, o objetivo deste artigo de pesquisa é gerar uma discussão teórica sobre o sistema de saúde mexicano, onde se configuram elementos empíricos que refletem a condição mista entre o setor público / privado, pois é concebido como um direito e serviço social dos cidadãos. Tomando como referência as divergências que simbolizavam o pacto para o México, sendo um cenário de convergência que buscava especificar rotas políticas / institucionais que contrabalançassem os problemas profundos do SSM (Sistema de Saúde Mexicano), pois não se obtiveram as soluções concretas às demandas no campo da saúde que a sociedade civil mexicana exige. A metodologia utilizada no artigo foi a análise crítica da história dos modelos e a relação da saúde com o mercado no contexto mexicano. Algumas das conclusões da investigação são: 1) a existência de um sistema que é incongruente com o nível social e as necessidades dos grupos em suas respectivas particularidades culturais; 2) a falta de políticas sociais estatais que regulem a dinâmica do setor privado no estabelecimento de tratamentos eficientes dentro do sistema de saúde; 3) a necessidade de promover ações governamentais que estabeleçam um equilíbrio entre a saúde como direito humano e o serviço privado.

Palavras Chave: Direito à saúde, Modelo de Saúde, Precariedade, mercado, Estado mexicano.

¹ Este artículo forma parte del tema de investigación de tesis desarrollada en el doctorado en Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED- España).

² Profesora e investigadora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UAEMéx. Maestra en Estudios para la Paz y el Desarrollo por la Universidad Autónoma del Estado de México y la Universidad Jaume I de Castellón España y Doctorante en Derecho y Ciencias Sociales por la UNED- España. Correo: lbenhumea@yahoo.com.mx.

RESUMEN

La discusión sobre el desarrollo del sistema de salud mexicano se ha caracterizado por los procesos internos/externos orientados a concebir un modelo que pudiera solventar las necesidades estructurales de la sociedad civil para generar un sistema acorde a los principios de cobertura, universalidad, calidad y eficiencia, teniendo en cuenta las nociones expuestas por Dantés (2011), Mercedes (2013) y Puig (2015) entre otros. Así pues, la finalidad del presente artículo de investigación, radica en generar una discusión teórica sobre el sistema de salud mexicano, en donde se configuran elementos empíricos que reflejan la condición mixta entre el sector público/privado, al ser concebido como derecho social y servicio ante la ciudadanía. Teniendo como referencia las divergencias que simbolizó el pacto por México, al ser un escenario de convergencia que pretendió concretar rutas políticas/institucionales que hicieran contra-peso a las problemáticas profundas propias del SSM³, debido a que no logro aportar soluciones concretas a las demandas en el campo de la salud que requiere la sociedad civil mexicana. La metodología que se utilizó en el artículo fue el análisis crítico sobre la historia de los modelos y la relación de la salud con el mercado en el contexto mexicano. Algunas de las conclusiones de la investigación son: 1) la existencia de un sistema que es incongruente con el plano social y las necesidades de los grupos en sus respectivas particularidades culturales. 2) la falta de políticas sociales estatales que puedan regular la dinámica del sector privado en materia de establecer tratamientos eficientes al interior del sistema de salud, y 3) la necesidad de impulsar acciones gubernamentales que establezcan un equilibrio entre la salud como derecho humano y servicio privado.

Palabras Claves: Derecho a la salud, Modelo de Salud, Precariedad, mercado, Estado Mexicano.

ABSTRACT

The discussion on the development of the Mexican health system has been characterized by internal / external processes aimed at designing a model that could solve the structural needs of civil society to generate a system in accordance with the principles of coverage, universality, quality and efficiency, taking into account the notions expressed by Dante (2011), Mercedes (2013) y Puig (2015) among others. Thus, the purpose of this research article is to generate a theoretical discussion on the Mexican health system, where empirical elements are configured that reflect the mixed condition between the public/private sector, as it is conceived as a social right and service before the citizens Taking as reference the divergences that symbolized the pact for Mexico, being a scenario of convergence that sought to specify political / institutional routes that made counterweight to the deep problems specific to the SSM,⁴ due to the fact that it did not manage to contribute concrete solutions to the demands in the field of health that the Mexican civil society requires. The methodology used in the article was the critical analysis of the history of the models and the relationship of health with the market in the Mexican context. Some of the

³ Para los fines pragmáticos del artículo se entenderá el SSM como el Sistema de Salud Mexicano.

⁴ Mexican Health System

conclusions of the research are: 1) the existence of a system that is incongruent with the social level and the needs of the groups in their respective cultural particularities. 2) the lack of state social policies that can regulate the dynamics of the private sector in terms of establishing efficient treatments within the health system, and 3) the need to promote government actions that establish a balance between health as a human right and service private.

Key Words: Right to health, State Mexico, Health System, Health System.

INTRODUCCIÓN

Los gobiernos modernos y democráticos en las últimas décadas del siglo XX promovieron un discurso basado en el respeto a los derechos humanos, el desarrollo de programas sociales eficientes y el imperativo de garantizar calidad en materia de educación, salud, seguridad y alimentación. Parte de esta lógica política se configuró como un tipo ideal de Estado que demandaba la sociedad civil.

La importancia de establecer un buen sistema político era conducente con un contexto de calidad democrática que promovían los grupos políticos al interior de cada nación, tal como sucedió en los países de avanzada que asumieron un rol de promover derechos sociales, económicos y civiles como un discurso institucional que mostraría la calidad de las instituciones.

En ese sentido, la salud vista como derecho humano y servicio de utilidad pública -siguiendo el argumento de Mario Hernández, considera la necesidad de establecer parámetros entre lo público y lo privado con el fin de saber a ciencia cierta las dimensiones reales que debe realizar cada actor en sus respectivos espacios políticos, para entonces desarrollar mecanismos que fortalezcan la seguridad social de los países (Hernández , 2002). La falta de claridad en los límites de las competencias de cada ámbito de prestación de servicios implica la abstención o invasión de acciones que pueden llegar a ser fundamentales en la salud y vida de las personas.

Establecer un marco de referencia sobre el sistema de salud no sólo desde la noción estatista (gubernamental) o privada (mercado), sino como un conjunto de factores que influyen en la dinamización y el desarrollo de este, permitiría la construcción de procesos estables que aportaran elementos para la

institucionalización eficiente en el servicio, prestación y construcción del modelo sanitario. Así pues, la importancia de conocer las propiedades del actual sistema de salud desde su naturaleza mixta (público – privado) para comprender la dinámica institucional de la salud en el contexto mexicano.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud por sistema de salud se puede concebir:

“la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias” (OMS, 2009,p.2).

La visión de reconocer a la población como el principal agente beneficiario de un sistema de salud óptimo se constituye en el tipo ideal de cualquier modelo sanitario basado en la lógica de la eficiencia institucional, mercantil y social. La función central de los prestadores de servicios y el mediador colectivo (el Estado) son los elementos centrales que componen la estructura de un determinado sistema de salud estatal.

Gran parte de los sistemas de salud en el mundo conviven en medio de un reto de establecer puntos entre lo público y lo privado para así poder garantizar el derecho a la protección de la salud a los habitantes, por ello, juega un papel crucial la capacidad de promover procesos que aporten soluciones a las demandas de los sistemas sanitarios. Convirtiéndose en un gran reto debido a la complejidad de lo que simboliza la salud humana.

Al respecto de los modelos sanitarios, las políticas impulsadas por las organizaciones internacionales en el ámbito de la salud se constituyen como esquemas homogéneos para los países de América Latina, pero en lo particular difieren en su importancia y magnitud para cada nación. En cuanto a los retos institucionales se observa la obligación de profundizar en temas como la calidad, equidad, financiación, cobertura, toma de decisiones y administración de los servicios de salud.

La homogenización de los sistemas de salud se ha identificado con la puesta en marcha de procesos institucionales orientados a promover modelos sanitarios de naturaleza representativa, es decir, apostarle a la construcción de diseños amplios que puedan subsanar la demanda de sociedades complejas a través de la interacción de actores en el mismo ambiente de integración.

De esta manera, en la finalidad del presente artículo, reside en generar una discusión teórica sobre el sistema de salud mexicano, partiendo de los elementos empíricos que reflejan la condición mixta entre el sector público/privado, al ser concebido como derecho social y servicio para la ciudadanía. Teniendo como referencia las divergencias que simbolizó el pacto por México, al ser un escenario de convergencia que pretendió concretar rutas políticas/institucionales que hicieran contra-peso a las problemáticas profundas propias del SSM, debido a que no logro aportar soluciones concretas a las demandas en el campo de la salud que requiere la sociedad civil mexicana.

BREVE ABORDAJE HISTÓRICO DEL SISTEMA DE SALUD

El abordaje de la salud como un tema de interés para la investigación social se ha constituido como un espacio de debate teórico, conceptual y analítico para las distintas disciplinas de las ciencias sociales (sociología, ciencia política, economía, historia y filosofía). La importancia de ir más allá de la visión tradicional sobre los estudios en salud que históricamente han relacionado sistema y modelo como sinónimos, representa un marco de discusión lineal que no permite complejizar estos temas de interés social, político, económico y cultural.

El modelo de salud es concebido como un espacio político que configura una serie de criterios, factores y fundamentos de naturaleza ideológica en donde se constituyen los sistemas sanitarios, aquí se tienen en cuenta elementos como la población, la capacidad económica, la responsabilidad pública, la estabilidad institucional y el financiamiento de los servicios entre otros.

Mientras el sistema, es reconocido como la capacidad de operacionalizar y ejecutar el modelo sanitario al interior de un grupo determinado, dado la complejidad y características que existen sobre la construcción de un imaginario de salud que

involucra actores, comunidades e instituciones acerca de tener las condiciones mínimas para un derecho y servicio de salud en condiciones dignas y eficientes dentro del marco de la política social de seguridad de un gobierno determinado (PIPP, 2011).

La complejidad del concepto de salud según los organismos internacionales responde al conjunto de elementos que influyen y se interrelacionan con los actores, hogares, lugares, espacios y experiencias que permiten contar con un equilibrio en el campo físico, social, cultural, económico y político dentro de un ambiente en particular. En los estudios de la sociología se reconoce al sistema de salud como “el conjunto de mecanismos sociales cuya función es la transformación de recursos generalizados en productos especializados en forma de servicios sanitarios de la sociedad” (PIPP, 2011).

En este sentido, vemos que se ha desarrollado un proceso histórico sobre los diversos modelos sanitarios, ya que se aprecian elementos que generan diferencias y similitudes en torno a la capacidad de desarrollar procesos que garanticen plenamente el derecho a la salud para el individuo en comunidad y las condiciones para la prestación del servicio por parte de los actores de la economía de mercado, es decir, una relación mixta.

Tabla. 1 modelos de sistemas sanitarios en experiencias gubernamentales

| Modelo | Características básicas | Países afines |
|-----------------------|---|-------------------------|
| Liberal/Libre Mercado | La salud es considerada un bien de consumo. El Estado realiza una contribución a la asistencia sanitaria, invirtiendo prácticamente todo en atender a grupos desfavorecidos y/o marginales sin recursos. Las clases medias y altas se pagan íntegramente sus asistencias, mediante el pago directo o a través de seguros. Alta competitividad existente entre los diferentes proveedores para captar clientes. Libremente una persona puede contratar una compañía de seguros privadas, así como diferentes condiciones de cobertura. | EEUU |
| Socialista | Financiación de la asistencia sanitaria en su totalidad por el Estado. Cobertura universal y gratuita a toda la población. | Cuba y Corea del Norte. |

| | | |
|-------|--|---|
| | Cartera de servicios amplia con características de equidad, gratuidad, accesibilidad y universalidad a la población. Incompatible con ninguna estructura sanitaria de tipo privado o de seguros | |
| Mixto | Participación del Estado en su financiación, pero admite y necesita del sector privado y del sector asegurador para el sostenimiento de los sistemas sanitarios. | Europa (Modelo Bismarck y Modelo Beveridge) |

Fuente: elaboración propia con base a datos de Cabo (2010).

La tabla anterior (1), describe algunas aproximaciones sobre la relación del sistema sanitario y el modelo económico/político de un Estado, al mismo tiempo, muestra el enfoque de política social asumido por los gobiernos ya sea a través de subsidiar, promover o garantizar la universalización del derecho a la salud en condiciones integrales u optar por la participación del sector privado en la prestación del servicio, dada la capacidad institucional de financiar una parte del paquete general de procedimientos básicos y especializados del seguro social.

En el caso del modelo mixto, se presentan dos variantes: el modelo Bismarck y el Beveridge que se identifican por promover un sistema de cofinanciamiento de los seguros sociales y el servicio de salud, ya que asume una parte el Estado y otra el ciudadano que debe cubrir una cuota preferencial que le otorga el derecho de exigir un tratamiento de calidad en todos los niveles (Bronfman et al, 1997).

El **Sistema Bismarck** se basa principalmente en contribuciones a la Seguridad Social de acuerdo con el volumen de ingresos. Sin redistribución entre los diferentes grupos de ingresos y donde los asegurados son empleados. Los países del centro de Europa tienen más afinidad a este sistema, entre los cuales destacan: Francia, Alemania, Austria, Bélgica, Luxemburgo y Holanda (PIPP, 2011). Por su parte el **Sistema Beveridge** es financiado principalmente por impuestos e incluye a toda la población (cobertura universal) y sí contempla redistribución social (equitativo). Es financiado principalmente por presupuestos del Estado. Los países de norte de Europa son más afines a este sistema y entre ellos destacan: Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Italia, España y Portugal. Entre otras características encontramos planes y programas según necesidades, se definen

derechos de ciudadanos y poderes públicos, reconoce la participación comunitaria, procura una atención integral y la atención primaria en la salud (PIPP, 2011).

En América Latina al respecto de los sistemas de salud se observa un tipo híbrido en donde conviven una serie de particularidades, por mencionar un caso se describe el **modelo segmentado** que está vinculado a la coexistencia de tres sistemas que se encuentran en una constante interacción societal. En este sentido, el sector público que está representado por el Estado y su capacidad de brindar la asistencia en salud a aquella población que no tiene cobertura por el mercado, el segundo consiste en la dinámica descentralizada de entidades intermedias y/o gubernamentales, las cuales conviven bajo la capacidad reguladora del Estado, y finalmente, se encuentra la presencia de un tercer actor encargado de prestar el servicio de salud basado en las leyes del mercado.

Estos retos de los sistemas de salud en América Latina se pueden agrupar en tres aspectos: 1) La necesidad de disminuir la desigualdad; 2) Aumentar el cubrimiento de la salud, es decir la “universalización”; y el 3) implementar mecanismos para mejorar la calidad de los servicios en todos los niveles; esta serie de factores representan las tareas de los modelos sanitarios del siglo XXI al interior de una sociedad inmersa en un mundo globalizado que influencia las visiones sobre la salud como derecho y servicio mixto (público y privado).

El reto de la desigualdad es considerado como un tema de gran necesidad para lograr establecer un sistema eficiente en el marco del derecho/servicio de la protección de la salud, dada la importancia de contar con una planificación estructural que contemple factores como las enfermedades, el envejecimiento y la falta de hábitos deportivos, alimenticios y recreativos entre otros, que hacen parte de los fenómenos que configuran la realidad del sujeto en los distintos niveles.

Por un lado, la necesidad de construir procesos a corto y largo plazo en América Latina, según la OMS (2009), se configura como un reto que deben asumir los gobiernos encargados de garantizar las condiciones necesarias para el derecho a la salud y la prestación de un modelo sanitario acorde a la oferta/demanda que simboliza la economía de la salud. La importancia de construir programas de salud pública estructurales se constituye como una tarea de gran responsabilidad pública,

pero con participación privada que permita subsanar y/o prevenir el conjunto de padecimientos que existen en la sociedad en general.

La realidad de América Latina se caracteriza por estar bajo una situación generalizada en donde *“se presentan profundas desigualdades especialmente en poblaciones indígenas, afrodescendientes y en grupos de pobreza extrema. Por ello, el principal reto a resolver por los Estados, es trazar políticas que aminoren rápidamente ese tipo de inequidades”* (Colprensa, 2013). La falta de políticas que promuevan una cultura de prevención, de inversión tecnológica en las instituciones prestadoras de servicios médicos, y la falta de proyectos encaminados a fortalecer la investigación sobre las principales problemáticas que afecta el modelo sanitario, a través de procesos interdisciplinarios, representa parte de la desigualdad en el campo de la salud.

Por otro lado, encontramos la necesidad de generar un proceso de “universalización” de la salud, el cual logre contemplar propuestas efectivas que permitan garantizar el derecho a la salud en condiciones dignas y humanas para los distintos grupos sociales. Para así lograr aplicar leyes, mecanismos y programas que sean conducentes para la cobertura en todos los niveles y dimensiones, a través de la intervención mixta del Estado y el sector privado.

El reto de proponer un modelo sanitario innovador que sea garante de procesos eficientes y de calidad, también se constituye como una meta que obliga a construir políticas gubernamentales que contribuyan a establecer condiciones materiales que sean funcionales a la prestación del servicio y el derecho a la salud, puesto que al establecer procesos interconectados entre el Estado y el sector privado existe la posibilidad de construir un sistema de salud sustentado en la dinámica interna/externa del mercado, la economía política nacional e internacional y los programas, encaminado a consolidar el desarrollo humano en la dimensión de la salud.

La iniciativa de consolidar un sistema de salud de naturaleza mixta, permite conocer la dimensión de trabajo y capacidad pública y privada de garantizar la salud como derecho y servicio. Asimismo, sirve como antecedente para lograr esclarecer las tareas/responsabilidades de regular (atender la necesidad médica), financiar



(planificación económica para garantizar a corto y largo plazo la oferta y demanda de la población y las instituciones), por último, la tarea de acreditar (que se refleja como la eficiencia de la prestación del servicio).

Los países latinoamericanos que afrontan retos en materia de lograr la sostenibilidad de los sistemas sanitarios se encuentran inmersos en lograr un equilibrio entre el sector público y privado encargados de construir reformas acordes a la ley de la oferta/demandas sin desconocer la parte humana (necesidades) de la sociedad civil. Así pues, la responsabilidad de encontrar rutas para mejorar la prestación de este servicio, simboliza procesos sistémicos en donde interviene la acción de la institucionalidad, el gobierno y la participación de la sociedad civil.

De esta forma, consideramos que es necesario asumir procesos sistemáticos que hagan peso y contribuyan a la solución de los retos actuales que presentan los modelos sanitarios en Latinoamérica, para así ir solventando las necesidades que se presentan en materia de construir una política sanitaria contextualizada, la aplicación de reformas profundas que promuevan cambios en todos los niveles, y la capacidad de planificación de programas que aporten elementos en función de la prevención y no el tratamiento de las enfermedades que ha sido una lógica de larga data hecha por los sistema de salud (Figueras, J., Musgrove, P., Carrin, G., & Durán, A, 2002). Tal como aparece en la tabla 2 que expone los retos de los sistemas de salud en América Latina:

Tabla 2. Retos de los sistemas de salud en América Latina

| Componente | Tipo de Reto | |
|------------------|---|---|
| | Acumulado | Emergente |
| Población | <ul style="list-style-type: none"> - Rezago epidemiológico * Infecciones comunes * Desnutrición * Problemas de salud reproductiva - Brecha en salud - Inequidad | <ul style="list-style-type: none"> Nuevas presiones * Enfermedades no transmisibles * Lesiones * Infecciones emergentes - Cambios en la demanda - Presiones políticas |

| | | |
|--------------------|---|---|
| Institución | <ul style="list-style-type: none">- Cobertura insuficiente- Calidad técnica pobre- Ineficiencia en la asignación de recursos- Inadecuados procesos de referencia de pacientes- Baja capacidad resolutive- Administración deficiente de las instituciones | <ul style="list-style-type: none">- Escalada de costos- Incentivos inadecuados- Inseguridad financiera- Insatisfacción de los consumidores- Expansión tecnológica- Gerencia deficiente del sistema |
|--------------------|---|---|

Fuente: Elaboración propia con base a Londoño & Frenk (1997).

La información de la tabla anterior permite identificar los principales retos que enfrentan los sistemas de salud tanto los que han acumulado históricamente los países, como los retos emergentes, pero también valorar en su justa dimensión los costos, principalmente financieros, que implica afrontarlos y eventual y gradualmente irlos atendiendo y, en algunos casos, resolviendo.

Es claro que los retos, aunque sean los mismos para los países de América Latina, en lo particular difieren en su importancia y magnitud en cada nación. En cuanto a los retos institucionales parece que incluyen a los más importantes que tienen que ver con la calidad, equidad, financiación, cobertura, toma de decisiones y administración de los servicios de salud (Londoño & Frenk, 1997).

El contar con un diseño planificado y estructurado permitiría conocer la responsabilidad, tareas y dimensiones que tiene el Estado como ente universal garante de la salud, y la empresa privada como un actor encargado de prestar el servicio bajo condiciones holísticas con el fin de promover una protección de la vida en comunidad, parte de esta discusión representa el escenario de un sistema mixto sustentado en responsabilidades eficientes y límites establecidos de acuerdo a las demandas de la sociedad civil (Bronfman et al, 1997).

El desarrollo de los modelos sanitarios de los países se ha visto caracterizado por la dinámica ideológica de sus gobiernos, es decir, el marco institucional establecido en un determinado Estado se constituye como el sistema representativo en el campo de la salud. Por ende, los países regidos por una economía liberal apuestan por dar condiciones y facultades al sector privado para que se sumen en la administración o presten dicho servicio, otros asumen un carácter mixto en donde

el gobierno debe regular el servicio y el sector privado suplementar los déficits existentes.

La posición del Estado responde a la falta de estructura para lograr prestar el servicio, por tal motivo, el sector privado asume dicha actividad con el aparente fin de no desproteger al ciudadano y en particular los grupos más excluidos de un país, dado que existen vacíos en materia de cobertura, calidad, cantidad, eficiencia y universalización de la salud en los diversos momentos acordes a la dinámica de la ley y la demanda propia de una economía de mercado en salud.

Tal como lo señala, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual menciona que en América Latina y el Caribe, existe un

30 por ciento de la población que no tienen acceso a la salud pública gratuita y sólo cuatro países de la región cumplen con los estándares de inversión establecidos por el organismo. Pese a que existen algunos avances en algunos servicios de salud, estos son insuficientes” (TeleSur, 2018,p.2).

Igualmente, la poca inversión de los gobiernos y planificación para prevenir las enfermedades de la población son parte de los factores que generan una pésima calidad del servicio y genera que no existen los espacios adecuados para recibir una atención médica oportuna e integral en su momento.

Así pues, en ocasiones se reconocen unos servicios de salud mínimos, de tipo asistencial, se rige por la oferta y la demanda, generando desigualdades porque un amplio sector de la población que recibe pocos ingresos tiene que pagarse gastos de salud afectando su economía, tiene un enfoque curativo más que preventivo (Fleury, 2002).

UN ACERCAMIENTO AL MODELO SANITARIO MEXICANO

La situación histórica del modelo sanitario mexicano se ha caracterizado por presentar debilidades en su funcionamiento estructural (diseño, administración, atención, prevención y distribución de recursos), parte de este fenómeno responde a las problemáticas internas que han presentado los gobiernos a través de sus instituciones. Los antecedentes más significativos del actual sistema de salud en México se dan en el gobierno del presidente Lázaro Cárdenas del Río en los años

1934-1940 con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) que devendría posteriormente en la Secretaría de Salud (SS) nombre que conserva actualmente. El siguiente sexenio, el presidente Manuel Ávila Camacho (1940-1946) dispuso la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), una de las instituciones medulares del sistema sanitario mexicano que afilia a los trabajadores formales de la iniciativa privada y en 1959, el titular de ejecutivo Adolfo López Mateos instruye la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), dando cobertura a los empleados y familias del sector público federalizado (Hernández, 2001) y (Mercedes, 2013).

Con esta estructura y sus deficiencias funcionó el sistema de salud en México durante varias décadas, comenzando a reconfigurarse en la década de los 80's tras el advenimiento internacional del neoliberalismo como ideología económica dominante, lo cual podemos ver a través de los años, trajo al sistema mexicano de salud reducción del gasto público, atención primaria selectiva, mercantilización de la salud, descentralización y un alto grado de privatización de los servicios de salud (Frenk, 2011).

Ya para el año 2002 con el gobierno del presidente Fox Quezada, se puede apreciar el desarrollo de políticas sociales tales como el seguro popular que pretendía subsanar el vacío que se encuentra en los programas e instituciones nacionales y así lograr fortalecer un sistema sanitario en México. En aquel año, 103.418.000 mexicanos se encontraban en medio de un servicio médico inestable y de baja calidad. Al mismo tiempo, las reformas al modelo de salud del país emprendido desde la década de los 80s, se enmarcan en una reducción gradual de la participación del Estado como proveedor de servicios de salud, lo que se corrobora con la reducción del gasto público destinado y ejercido por el sector salud (Flamand. & Moreno-Jaimes, 2015).

De este modo, la baja calidad de los servicios del sistema de salud mexicano, se caracteriza por la escasez de recursos y la indebida planificación en la organización de las instituciones en este sector público/privado. La situación está caracterizada por que



En los últimos veinte años, en México, el gasto social se ha duplicado (6.7% del PIB en 1991 a 11.3% en 2010). Incluso con este incremento considerable, la proporción del PIB destinada al gasto social en México es muy baja comparada con las de otros países de América Latina: en 2010, Argentina gastó 27.8% del PIB, Brasil 26.4% y Chile 15.2%. Si se analiza el gasto social per cápita, también se observa que México ha gastado menos que Argentina, Brasil o Chile durante el mismo periodo (Flamand. & Moreno-Jaimes, 2015:229).

El gasto público en el sector salud no ha crecido en los últimos años, con el consecuente desmantelamiento de las instituciones públicas y la prestación deficiente de los servicios médicos, aunado a problemas de cobertura y calidad. Se ha venido construyendo un escenario donde el Estado se percibe como un mal proveedor de los servicios de salud mientras que el sector privado aparece como eficiente, moderno, ocultando que la calidad de los servicios médicos que presta el gobierno ha mermado, precisamente, porque se ha disminuido el presupuesto que se destina al gasto público en salud, como lo recomienda la ideología y política neoliberal.

En este sentido, la necesidad de proyectar un programa social acorde con las demandas de la sociedad civil se convertiría en un reto gubernamental por tal razón:

El Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, es el mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud. El Seguro Popular fue creado para brindar protección financiera a la población no derechohabiente, mediante un esquema de aseguramiento de salud, público y voluntario, a través de la consolidación de recursos provenientes de diversas fuentes, a fin de financiar el costo de los servicios de salud para la población que lo requiera (Seguro Popular, 2018,p.1).

La Secretaría de salud, el IMSS, el ISSSTE, el Seguro Popular, las divisiones médicas de las secretarías de la Defensa Nacional y de la Marina, Pemex, así como los institutos de seguridad social y de salud de las entidades federativas y el sector privado orientado a la salud, configuran el sistema de salud mexicano.

El SSM se integra por cuatro tipos de usuarios:

1. Los que por mantener una relación laboral con el sector privado tienen acceso a los servicios de salud que brinda el IMSS.
2. Los que cuentan con capacidad de pago y acceden a servicios privados.
3. Los que no trabajan o laboran en el sector informal de la economía y reciben servicios de la SS o están afiliados al Seguro Popular.
4. Los que por trabajar en dependencias del gobierno federal tienen acceso al ISSSTE y a instalaciones médicas de las secretarías de la Defensa, Marina, y de Pemex, y los trabajadores de los gobiernos estatales que gozan de la prestación de servicios de los institutos locales (Gobierno de México,2012) y (Mercedes,2013.p. 40)



Fuente: Información recuperada de Dantés (2011).

El gráfico 1, expone el esquema de organización institucional y procedimental del sistema de salud de México, el cual se encuentra compuesto por dos sectores estratégicos y fundamentales como son el público y privado encargados de garantizar un modelo sanitario de calidad y eficiente para el usuario.

Tabla 3 Porcentaje de la población usuaria de servicios de salud por institución según sexo 2000 y 2010

| Institución | 2000 | | | 2010 | | |
|----------------------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------|
| | Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres |
| Total de usuarios (Miles) | 93 471 | 45 352 | 48 119 | 109 343 | 52 979 | 56 363 |
| IMSS ¹ | 30.8 | 30.8 | 30.7 | 29.6 | 29.7 | 29.5 |
| ISSSTE ² | 5.2 | 4.8 | 5.7 | 5.9 | 5.5 | 6.3 |
| PEMEX | 1.1 | 1.1 | 1.1 | 1.0 | 1.0 | 1.0 |
| SSA | 23.2 | 23.1 | 23.3 | 34.2 | 33.5 | 34.8 |
| IMSS Oportunidades | 3.7 | 3.7 | 3.7 | 1.8 | 1.8 | 1.8 |
| Servicio privado | 34.2 | 34.7 | 33.7 | 24.0 | 24.8 | 23.2 |
| Otro lugar ³ | 1.8 | 1.7 | 1.9 | 3.5 | 3.7 | 3.4 |

Fuente: Adaptado de “servicios de salud”, INEGI (2012)

En la tabla 3, podemos visualizar el porcentaje de población mexicana afiliada a cada institución pública y al sector privado. Ante este escenario fragmentado de atención de la salud pública, en el cual se vislumbra un crecimiento de la demanda de servicios privados a costa de la descapitalización de las familias, se evidencia de algún modo la preferencia de la atención privada debido a la mala calidad en la prestación de los servicios de salud públicos en México y la creciente oferta de servicios privados.

Una de las medidas políticas emprendidas por el gobierno mexicano, a finales del año 2012 con la finalidad de armonizar y sumar a las principales fuerzas y expresiones políticas en el desarrollo nacional fue la firma del Pacto por México. En este ejercicio se intentó promover una serie de alianzas y acuerdos en donde se proponía buscar soluciones a la crisis sistémica que acontecía en todas las dimensiones, por ende, el campo de la salud sería un tema de discusión en la esfera gubernamental, privada y la participación de la ciudadanía.

De este modo, el pacto pretendía en el campo de la seguridad social ir dando soluciones reales a las precarias⁵ condiciones que sostenía el sistema nacional de salud, parte del contenido del acuerdo estuvo sustentado en intentar responder de forma efectiva a las demandas presentes y futuras de los grupos sociales del país. Igualmente, generar un servicio de salud efectivo, aunque caracterizado por una perspectiva institucional inmersa en la dinámica de una economía de mercado propia de la política sanitaria mexicana.

El Pacto tuvo como idea principal el madurar el proceso democrático mexicano con base en tres ejes rectores:

1. El fortalecimiento del Estado Mexicano.
2. La democratización de la economía y la política, así como la ampliación y aplicación eficaz de los derechos sociales.
3. La participación de los ciudadanos como actores fundamentales en el diseño, la ejecución y la evaluación de políticas públicas (Gobierno de México, 2012).

Este instrumento nacional se concibió como un acuerdo que permitiría la integración de la sociedad civil a través de un Estado fortalecido en materia de derechos sociales, políticos, económicos y civiles; mediante este Pacto, los signatarios acuerdan que el gobierno realizará un conjunto de acciones administrativas y que las fuerzas políticas pactantes impulsarán reformas legislativas, así como acciones políticas que amplíen la libertad y la gama de derechos exigibles y efectivos para todos los mexicanos (García et al, 2013).

En materia de la seguridad social universal -que sería la pieza central para fortalecer el sistema de salud mexicano- se propuso: crear una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud y otorgue a cualquier mexicano, independientemente de su condición social o estatus laboral, un conjunto de beneficios sociales procurados por el Estado a través de un Sistema de Seguridad

⁵ Por precariedades entendemos la incapacidad gubernamental de prestar un servicio o garantizar un derecho de forma integral. Lo que demuestra la poca voluntad y estructura institucional por concebir un modelo acorde a las necesidades de los actores sociales en los distintos ambientes sociales, educativos, políticos, económicos y culturales entre otros. En nuestro caso, la precariedad responde a un estado de desgaste sociopolítico del ciudadano al no contar con herramientas efectivas/reales, para hacer uso eficiente del derecho a la salud que se manifiesta a través de las entidades prestadores del servicio, por tal razón, este fenómeno tiene que ver con la crisis sistémica del sistema de salud en el contexto mexicano.

Social Universal que incorpore condiciones acorde a la visión de un acceso universal del servicio de salud.

Para ello, se deben impulsar dos principios de reorganización del sector salud: el de portabilidad de las coberturas para que todos los asegurados puedan ser atendidos en cualquiera de los sistemas públicos de salud a su elección o conveniencia; y la convergencia de los sistemas para igualar gradualmente la cobertura y calidad de todos ellos (Compromiso 1) (García, et al. ,2013).

Ello representaría un punto de partida para intentar homologar la calidad y el tipo de atención médica en todos los subtipos de instituciones públicas de atención de la salud ahora existentes. Adicionalmente, por no dejar de mencionarlo, los compromisos 2, 3 y 4 del tema de seguridad social universal, comprenden la modificación de las normas mexicanas para prohibir en las escuelas los llamados alimentos chatarra y/o comidas rápidas que deterioran la salud en general (compromiso 2); la promoción de la pensión para los adultos mayores de 65 años que no cuenten con un sistema de ahorro para el retiro o pensión del IMSS o ISSSTE (compromiso 3) y la creación del seguro de desempleo que tendría como objetivo cubrir a los trabajadores del sector formal asalariado cuando pierdan su empleo para evitar un detrimento en el nivel de vida de sus familias y les permita buscar mejores opciones para tener un crecimiento profesional y patrimonial (compromiso 4) (Gobierno de México, 2012).

De esta manera, los compromisos mencionados configurarían la razón de ser del pacto por México en lo concerniente al tema de la salud y seguridad social de los mexicanos, siendo un punto fundamental para conocer los avances, límites y retrocesos que se han generado en el sistema de salud del país. Sabemos que al mes de abril del 2011 casi 5 millones de mexicanos mayores de 5 años carecía de acceso a servicios de salud, ya sea a través del Seguro Popular, IMSS, ISSSTE u otro, buscando la posibilidad de ingresar en un 90% a la población que no se encuentra registrada o vinculada a uno de los sistemas de seguridad en salud (Gobierno de México, 2012).

A 6 años de la puesta en marcha del Pacto por México en el ámbito de la política social y específicamente en el ámbito del sistema nacional de salud, se

reconoce que han existido avances en el campo de la institucionalización, aunque persiste un gran problema en materia de cooperación dado que entidades como el IMSS, ISSSTE y Seguro Popular no han construido un proceso estratégico en función de mejorar la calidad de acceso a ciertos materiales y paquetes del servicio en salud.

El aspecto central de la precariedad del sistema de salud mexicano radica más allá del tema de la cooperación institucional, responde a una situación de mal manejo de las inversiones y administración de los recursos públicos, es decir una indebida parificación gubernamental. Por ello

Según cifras de la Secretaría de Salud, en 45% de los hogares en México se tiene acceso al sistema de salud pública, en donde al menos un miembro de la familia está afiliado a alguno de los formatos de servicios de salud, IMSS, ISSSTE o Seguro Popular. Pero quizás el problema mayor es un régimen de salud que está totalmente fragmentado, provocando que se destinen mayores recursos económicos y atención a un reducido número de personas e instituciones de la sociedad, mientras otras quedan en un estado de vulnerabilidad (Jiménez,2016,p.2).

El proceso de ir fortalecimiento el modelo segmentado de salud mexicano, sería otro punto de discusión contemplado en el pacto signado por los grupos políticos del país. Aunque dicha noción no fue del todo positiva debido a los incumplimientos graduales contemplados, con el paso del tiempo salió a relucir en la esfera pública la incapacidad de llevar a un plano real y pragmático dichas propuestas, en la actualidad se puede reconocer la existencia de un déficit sistémico en materia de beneficios, condiciones labores, proyectos de investigación, innovación tecnológica en salud, eficiencia, calidad, financiamiento y un ambiente de equilibrio entre la oferta/demanda al interior del modelo sanitario de la nación.

El Pacto por México, en su momento reconoció las deficiencias y los retos que en materia de salud enfrenta el Estado, los gobiernos y la población, y manifestó la buena intención de coadyuvar en la cimentación de los cambios estructurales necesarios para que el sistema de salud respondiera a las grandes carencias de la población, principalmente la menos favorecida mediante el funcionamiento óptimo de las instituciones fincadas en un modelo de mixto que ha dado importante protagonismo a la economía de mercado.



La apuesta de afianzar un sistema de salud eficiente en materia de infraestructura, calidad, servicio, cobertura y tratamiento en el cuidado de la enfermedad, se constituyó como el punto de referencia en el pacto por México, sin embargo dicha propuesta se quedó inconclusa y sin operación real debido al incumpliendo y falta de voluntad política que pudiera solventar desde adentro la seguridad social y construir rutas que puedan contemplar técnicamente los elementos prioritarios y de alta especialidad que requiere la modernización del modelo sanitario nacional.

El componente de precariedad que se refleja en el modelo sanitario mexicano, tiene que ver con la incapacidad de construir procesos institucionales de largo alcance que sean rutas para ir superando las debilidades que existen en la prestación del servicio de la salud. Asimismo, los problemas externos que existen en las entidades y procesos políticos permeados por la corrupción, la burocratización y el partidismo por parte de actores que han de construir un ambiente de incertidumbre sobre la garantía real de un sistema de salud coherente con las necesidades de la sociedad mexicana.

Parte de esta situación, se puede evidenciar en la precariedad del modelo segmentado de salud mexicano, el cual ha sido criticado por parte de organizaciones, movimientos y actores individuales/colectivos que manifiestan la insuficiencia del servicio y los grupos formados al interior de la mercantilización de la salud y la violación sistemática del derecho a tener un modelo sanitario estructural y especializado de acuerdo a las necesidades de los grupos sociales en los contextos en particular por regiones, estados, ciudades y municipios.

Siguiendo lo descrito por Carlos Puig (2015) cuando señala que la falta de planificación y la poca voluntad de erradicar los altos niveles de corrupción e impunidad, se convirtieron en los factores que influyeron a que el pacto por México pasara a ser utilizado por estructuras mafiosas, clientelares y burocráticas encargadas de dilatar el proceso de modernización del sistema de salud del país.

La situación del país se encuentra caracterizada por:

Estar dentro del 25% de los países con mayores niveles de desigualdad en el mundo y es uno de los dos países más desiguales de la OCDE. Por tanto, el

tema de la desigualdad extrema se debe poner en la agenda del debate nacional por razones éticas, políticas y económicas (Puig, 2015,p. 1).

En el tema de la salud los datos no son positivos, ya que se presenta un 85% de incumpliendo de los puntos acordados en el Pacto por México, el cual pretendió consolidar una cultural democracia sustentada en el Estado de derecho y la legitimidad de las instituciones en el campo social, educativo, político, seguridad, salud, vivienda, desarrollo entre otros.

Aunque con el paso del tiempo el aspecto de la seguridad social en salud, no resultó ser un proyecto que asumiera el gobierno en su totalidad, dado que no se lograron consolidar los puntos contemplados en el pacto, así pues, la falta de garantías para constituir una red de protección social encargada de promover la efectividad del derecho a la salud, fue un reto que no encontró voluntad política y capacidad institucional por ser reconocida como un deber gubernamental por parte del Estado, los partidos políticos y la falta de empoderamiento de algunos sectores de las sociedad civil.

La situación de precariedad en el servicio de salud mexicano, se identifica con la no consolidación de aspectos que fueron promesa política del presidente Enrique Peña Nieto en su programa de gobierno, entre ellos la:

Creación de una política de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud y otorgue a cualquier mexicano, independientemente de su condición social o estatus laboral, un conjunto de beneficios sociales procurados por el Estado a través de un Sistema de Seguridad Social Universal que incorpore lo siguiente: Acceso universal a los servicios de salud. Pensión para los adultos mayores de 65 años que no cuenten con un sistema de ahorro para el retiro o pensión del IMSS o ISSSTE. Seguro de Desempleo. Seguro de Vida para Jefas de Familia”. Todo esto fue también parte fundamental de su campaña y su plan de gobierno, y todo eso se olvidó (Gobierno de México,2012,p.2).

La situación del modelo sanitario mexicano se encuentra caracterizado por las limitaciones mencionadas en materia económica, institucional, tecnológica, financiera, legal y de legitimidad sólo por mencionar algunos aspectos. Igualmente, la falta de establecer reglas que se ejecuten en lo concerniente al modelo segmentado y el efecto en los diferentes grupos sociales que demandan un servicio

eficiente de salud ante las instituciones encargadas de administrar la salud y garantizar un sistema estructurado y con amplia incidencia en la resolución de las necesidades de la población (Hernández, 2001).

El análisis realizado al pacto por México demuestra la incapacidad del gobierno y la falta de voluntad por concretar procesos de interés nacional, dichos motivos influyen radicalmente en la imposibilidad de constitución de un modelo de salud eficiente y congruente con las necesidades territoriales de los grupos en su diario vivir. Siendo un espacio que permitiría ir tomando alternativas/estrategias para fortalecer el sistema de seguridad social que demandan los grupos excluidos en las últimas décadas.

Metodología

El uso de la información recadaba partió de un análisis crítico sobre la temática de los sistemas de salud y el funcionamiento sanitario de algunos países en América Latina y Europa, en donde se muestra la diferencia sustantiva entre los modelos de naturaleza estatal, privada o mixta.

La necesidad de reconocer el desarrollo de los distintos sistemas sanitarios respondió a la complejidad de lo que simboliza el modelo y el derecho a la salud visto desde una perspectiva integral. Lo que significa, asumir un imperativo encargado de establecer un punto de equilibrio entre la responsabilidad estatal y la eficiencia del sector privado con el fin de tener un acercamiento más profundo sobre los límites que existen al momento de diseñar, ejecutar y planificar el servicio en los distintos escenarios de la ciudadanía.

En efecto, la revisión analítica sobre el sentido práctico de las políticas gubernamentales promovidas en el campo de la salud se encuentra en construcción, dada la debilidad de las instituciones en el momento de aplicarlas, tal como sucedió en el Pacto por México que representa un proyecto nacional inconcluso y con poca coherencia frente a la problemática de la crisis del sistema sanitario en el país.

El análisis crítico realizado sobre la información sistematizada parte de la naturaleza cualitativa de la investigación, ya que era necesario proponer un

abordaje distinto a la visión economicistas y clínica para dar paso a una mirada social y política propia del campo de los derechos humanos, tal como significa la relación entre el derecho a la salud, la ciudadanía frente a la obligación estatal de ofrecer un sistema eficiente en materia sanitaria a lo largo de la república.

A MODO DE CONCLUSIÓN

La precariedad que presenta el sistema de salud mexicano responde a la incapacidad institucional, al no lograr construir un modelo acorde a la necesidad de la sociedad en su generalidad, puesto que existen déficits en materia de la aplicación de programas, proyectos y políticas públicas acordes con las condiciones socioculturales de la nación, siendo un factor que influye radicalmente en el desequilibrio e ineficiencia del servicio/derecho a una salud digna e integral.

La debilidad planificada del sistema de salud mixto mexicano, tiene que ver con la crisis institucional dada la corrupción, el clientelismo y la burocratización desarrollada en las últimas décadas, lo que demuestra la falta de continuidad de programas estratégicos que hagan peso a los vacíos que enfrenta la salud en general frente a padecimientos como la obesidad, la desnutrición y gastrointestinales entre otros.

Por un lado, la falta de una cultura integral de salud representa un factor que influye a la magnitud de demandas que existen en las últimas décadas, ya que la ciudadanía no construye hábitos saludables enfocados al cuidado y la prevención con el fin de llevar un desarrollo humano integral.

Al mismo tiempo, la debilidad de modelo sanitario tiene que ver con la falta de rigurosidad y planificación sobre las políticas de protección social en salud que debe asumir el Estado, para así establecer la lógica sistémica que se articula con el sector privado y los grupos sociales buscando construir un sistema eficiente en materia del derecho a la salud.

El modelo sanitario mexicano se ha visto permeado por la crisis institucional, ya que no ha encontrado puntos en común para cada población en su respectiva enfermedad. Esta situación se configura como un problema generalizado dado la desarticulación entre las instituciones públicas encargadas de suministrar el servicio

de salud y la responsabilidad de ofrecer un conjunto de tratamientos acordes para cada ciudadano.

La naturaleza mixta del sistema de salud mexicano, responde a la comunicación entre el sector privado y público encargados de solventar el derecho a la salud en óptimas condiciones materiales e inmateriales. A su vez, la incapacidad de promover procesos encargados de supervisar la calidad del servicio se convierte en una tarea que debería ser asumida por la ciudadanía enfocada a construir un modelo eficiente en todas las dimensiones.

La carencia de líneas sincronizadas en materia de política social en salud, simboliza una problemática estructural debido a la desconexión entre el sector público y privado, ya que esto demuestra la incapacidad de articular proyectos de largo alcance que hagan peso a las necesidades reales y fenómeno que afecta la salud de la sociedad mexicana. Asimismo, el peso asumido en los últimos años por la dimensión privada ha hecho que la responsabilidad pública haya perdido fuerza por parte del gobierno, lo que representaría una hegemonía asumida por los grupos corporativos, teniendo como referente la incapacidad estatal de lograr contra y exigir garantías a las empresas encargadas de operacionalizar el servicio de salud a través de la red hospitalaria al nivel federal, estatal y municipal.

En últimas, el camino por fortalecer el modelo sanitario mexicano debe ser una muestra por superar las debilidades de un gobierno federal al interior de sus instituciones, el cual no ha podido conocer desde abajo la realidad de las comunidades, pacientes y grupos sociales en sus respectivos padecimientos. La apuesta de darle más peso a la cultura del cuidado y la salud integral distinta de la actual lógica enfocada a los intereses privados del capital por parte de los sectores corporativos, lo que podría constituirse como una estrategia que permitiría desarticular los grupos hegemónicos incrustados en el sistema de salud e intentar plantear una apertura democrática para la salud eficiente, moderna, amplia y congruente frente al desarrollo humano y la digna de la sociedad civil mexicana.

BIBLIOGRAFÍA

Bronfman, Mario, Roberto Castro, Elena Zúñiga, Carlos Miranda, y Jorge Oviedo. (1997). Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde

- la perspectiva de los usuarios. **Salud Pública de México**, volumen. 39, no. 5, Editorial Instituto Nacional de Salud Pública. México. (Pp. 442-450).
- Cabo, Javier. Coord. (2010). **Gestión sanitaria integral pública y privada**. Centro de Estudios Financieros. España.
- Colprensa. (13 de octubre de 2013). América Latina tiene tres retos en salud pública. Extraído de: <http://www.vanguardia.com/actualidad/mundo/230011-america-latina-tiene-tres-retos-en-salud-publica>
<https://www.vanguardia.com/mundo/america-latina-tiene-tres-retos-en-salud-publica-ACVL230011> Consulta: 23/09/2018
- Dantés, Octavio.coord. (2011). Sistema de salud de México. **Salud pública de México**, Volumen. 53. México. (Pp. 220-232).
- Figueras, Joan., Musgrove, Philip, Carrin, Gerard., & Durán, Aurelio. (2002). Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea?, **Gaceta sanitaria**, volumen.16, No1. México. (Pp.5-17).
- Flamand, Laura., & Moreno-Jaimes, Carlos. (2015). La protección social en salud durante el gobierno de Calderón. Avances y rezagos en el diseño y la implementación del Seguro Popular (2006-2012). **Foro internacional**, Volumen .55 No 1. México. (Pp. 217-261).
- Fleury, Sonia. (2002). **¿Universal, Dual o Plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina**. Banco Interamericano de Desarrollo - Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). EE. UU.
- Frenk, Julio. (2011). **La Salud de la Población**. México: Fondo de Cultura Económica.
- García, Carina; García ,Ariadna; Jiménez, Horacio y Nieto, Francisco (2013). Cómo se cocinó el Pacto por México. Diario **El Universal**, 4 de agosto. México. Extraído de: <http://archivo.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2013/como-se-cocino-el-pacto-por-mexico-940149.html> Consulta 24/09/2018
- Gobierno de México. (2012). **Pacto por México**. Gobierno de México Imprenta. México.
- Hernández, Mario. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia **Cadernos de saúde pública**, volumen 18, no 4. Brasil. (Pp. 991-1001).
- Hernández, Roció. (2001). **Globalización y Privatización: El Sector Público en México, 1982-1999**. INAP. México.
- INEGI. (2012) Mujeres y Hombres en México 2011. Extraído de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101193.pdf Consulta: 24/09/2018
- Jiménez, Miriam. (2016). Sistema de salud pública, un problema más para los mexicanos Extraído de: <https://www.forbes.com.mx/sistema-de-salud-publica-un-problema-mas-para-los-mexicanos/> Consulta: 24/09/2018
- Londoño, Juan Luis y Frenk Julio. (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Washington: Inter-American Development Bank - Office of the Chief Economist. Extraído de: <https://publications.iadb.org/es/publicacion/13652/pluralismo-estructurado->



- [hacia-un-modelo-innovador-para-la-reforma-de-los-sistemas](#) consulta:
24/09/2018
- Mercedes. Juan Coord. (2013). Universalidad de los servicios de salud en México. **Salud Pública de México**, Volumen 55, México. (Pp.1-64).
- OMS. (2009) ¿Qué es un sistema de salud? Organización Mundial de la Salud. Noviembre 9. Extraído de: <http://www.who.int/features/qa/28/es/> Consulta: 24/09/2018
- PIPP. (2011). Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios. Extraído de: <http://www.politicaspUBLICAS.uncuyo.edu.ar/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios> Consulta: 24/09/2018
- Puig, Carlos. (2015). El mayor fracaso del Pacto por México. Extraído de: <http://www.milenio.com/opinion/carlos-puig/duda-razonable/el-mayor-fracaso-del-pacto-por-mexico> Consulta 24/09/2018
- Seguro Popular. (2018). ¿Qué es el REPSS? Seguro Popular. México. Disponible en: http://salud.edomex.gob.mx/seguropopular/documentos/acercade/avisos_privacidad/aviso_pi_afiliacion_sistema.pdf .Consulta: 24/09/2018
- TeleSur. (2018). ¿Cómo avanza América Latina en cobertura sanitaria? Extraído de: <https://www.telesurtv.net/news/avances-america-latina-cobertura-sanitaria-salud-publica-20180406-0057.html> Consulta: 24/09/2018.