

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ECONOMÍA Y RELACIONES INTERNACIONALES
PROGRAMA DE DOCTORADO EN ESTUDIOS DEL DESARROLLO GLOBAL



TESIS

**GLOBALIZACION, APERTURA COMERCIAL Y REFORMA DEL SISTEMA DE
SALUD MEXICANO A TRAVÉS DEL SEGURO POPULAR**

**PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTOR EN ESTUDIOS DE DESARROLLO GLOBAL**

PRESENTA

HECTOR RIVERA VALENZUELA

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. PATRICIA MOCTEZUMA HERNÁNDEZ**

TIJUANA B.C.

Mayo de 2016

INDICE	pag.
• Resumen	3
• Introducción.....	4
La salud en México, un recuento histórico.....	4
La salud en México antes del TLC.....	5
• Capítulo I La apertura comercial y el sistema de salud mexicano.	10
• Capítulo II. La Reforma al Sistema de salud en México.....	31
El seguro popular en México.....	34
El seguro popular en Baja California	42
• Capítulo III. Metodología	46
• Capítulo IV. Resultados.....	52
• Capítulo V Discutiendo el futuro del seguro popular.....	60
• Capítulo VI. Conclusiones y Recomendaciones.....	66
Bibliografía.....	71
Anexos.....	82

RESUMEN

Este trabajo pretende establecer las bases para analizar las perspectivas que sobre la salud se tendrán en México, a raíz de las tendencias que se observan en la globalización, particularmente por los cambios que se han generado en el sistema de salud mexicano a partir de la apertura comercial y la firma del tratado de libre comercio de Norteamérica, que ha empujado al país a la homogenización de muchos procedimientos y que van marcando rumbos en todos sentidos, incluyendo la salud. Para llegar a una conclusión válida es necesario ***revisar las modificaciones que el Estado Mexicano ha realizado como consecuencia de su inserción en la globalización e internacionalización de su economía, de tal suerte que se han agudizado viejos rezagos al tiempo que se han encontrado nuevos caminos de solución. La influencia de la apertura es innegable e inevitable por lo que se hace necesario hacer un recuento de dichas modificaciones en el sistema de salud. Uno de los cambios que se han experimentado en los últimos años en México es la aparición del Seguro Popular. Cual es horizonte que se prevé en el sistema de salud gracias a esta medida, es una pregunta que se debe contestar mediante una evaluación cuantitativa de los indicadores de salud, particularmente de la capacidad instalada, del porcentaje de la sociedad que tiene acceso a los servicios de atención médica y de los gastos en que los particulares incurren en esa atención, pero un análisis meramente cuantitativo no es suficiente si no se contempla un análisis cualitativo, buscando visualizar los escenarios que prevén actores clave, que viven los problemas y anticipan las posibles amenazas y que les orienta a tomar decisiones que afectarán al Sistema de Salud, por ende, a los indicadores de la atención en salud.***

INTRODUCCION

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “el completo estado de bienestar biopsicosocial y no sólo la ausencia de enfermedad”. Con esta conceptualización la salud va más allá del área biológica y se involucra en las esferas de la sociología, la psicología, la economía, y por ende, en el campo de la administración pública, por lo que puede ser objeto de análisis por la ciencia política. Esto se debe a que lo que determina la salud no son tan sólo aspectos meramente orgánicos, sino que organización social con elementos como la cultura e ideología, las instituciones políticas de la sociedad civil y de la esfera gubernamental, la estructura y los procesos económicos y los avances científicos y tecnológicos, entre otros, interactúan con el proceso de salud-enfermedad.

Las políticas públicas de redistribución que delinean el nivel de riqueza de la población, los estratos sociales, los niveles de educación y la estructura ocupacional, tienen un efecto directo sobre los riesgos en los que se incurre para perder el estado de salud. Las acciones y derechos atendidos por el estado, como el derecho a la educación, vivienda, ocupación y alimentación, por mencionar algunos, hacen que la salud sea un campo perfectamente reconocido como de atención prioritario, ya sea porque un estado benefactor busca otorgar solución a las necesidades que demanda la sociedad en términos de salud o porque un estado utilitario que pretenda que su sociedad sea vista como insumo para fines superiores al bienestar solicitado por la misma población, requiere que la misma se mantenga en buena salud. Este último escenario prácticamente ya no se ve, pero se sigue adoptando el empleo como base de las políticas redistributivas (Lowi, 2000).

El sistema de salud mexicano está determinado no sólo por los mecanismos adoptados por el Estado, sino que también es afectado por otros como el subsistema bio ecológico. El medio ambiente influye de manera importante en el

estado de salud de las personas y por lo tanto en su estilo de vida y en las acciones que se tienen que tomar para evitar daños a la salud. El subsistema socioeconómico también tiene que ver con la salud, aunque de manera indirecta, ya sea por la capacidad para atender los problemas, como por las condicionantes de cultura, niveles de educación, condiciones de vida y muchos otros factores que sin estar inmersos en el campo de la salud, la afectan.

En este contexto los niveles de análisis y los tipos de determinantes se pueden catalogar en determinantes próximos en los cuales el nivel de salud individual y las condiciones de las familias con sus estilos de vida y condiciones sociales y de distribución, son ya claves en el abordaje de la problemática en salud. En términos de nivel sistémico, el genoma de la población así como el medio ambiente que nos es particular y la organización social, son determinantes básicos para entender la situación que enfrenta el binomio salud-enfermedad (Parsons, 1959)

La reflexión en torno a la salud es una aproximación teórica a un tema que trastoca todas las esferas del quehacer humano, por lo que los sucesos económicos, políticos y de la administración pública, también se convierten en disciplinas en las que la salud debe buscar explicaciones, en tanto que se trata de un tema social, económico y político, no sólo en el ámbito local y nacional, sino en un entorno global. (Anderson, 1999.) (Baran, (1974) Por ello es que se analizan los efectos que en México ha tenido la apertura comercial en el campo de la salud.

Si bien ha habido progresos en el campo de la salud previos, la situación imperante en la actualidad, empuja a buscar la relación que pudiera tener la apertura comercial sobre la salud. (Bardham, 2006)

El propósito de esta tesis es analizar los escenarios que le aguardan al seguro Popular (SP) en BC, tomando las opiniones de actores clave que han intervenido en la estructuración del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) en el estado y de los que se encuentran en este momento dirigiendo el sistema.

Tomando en consideración que la estrategia del SP, es objeto central de este trabajo, como un mecanismo para reducir la inequidad, la insuficiencia y la inseguridad en salud.

El objetivo general de este trabajo es obtener un consenso de actores clave sobre la respuesta del sistema de salud a los retos de la globalización y los atrasos del mismo; si los obstáculos para implementar una reforma al sistema de salud mexicano a través del seguro popular es apropiada y cuál es el escenario que vislumbran en un futuro a mediano y largo plazo.

Para ello se ha trabajado a través de los siguientes objetivos específicos:

Establecer las ligas entre los cambios experimentados en México en materia económica con la atención a los obstáculos en salud como la inequidad, insuficiencia e inseguridad. Para ello se analiza el marco de influencia que ha tenido la globalización y la apertura comercial sobre el sistema de salud, a partir de su implementación en Baja California. Este escenario regional es altamente representativo debido a ser el primer estado de la república donde se ha instrumentado el REPSS,(DOF, 2003) y a que por su localización geográfica, en este estado se ha vivido por décadas el ambiente de apertura que desde mediados de los noventa impera en el país, puesto que se desarrolló bajo un régimen de zona libre, dando lugar a la vocación progresista regional que condiciona aspectos socioeconómicos, socioculturales y políticos que hicieron posible su instalación de manera pionera. (Bustamante J. 1983)(Chacon SFJ, 1992),(Rivera H, Vargas R, 1993).

Un segundo objetivo es obtener una visión a mediano y largo plazo de los escenarios que debe enfrentar el sistema de salud mexicano en materia de cobertura de servicios, modelo de atención y financiamiento de los servicios, a partir de explorar el desarrollo que ha tenido el seguro popular en Baja California y sus posibles ramificaciones y modificaciones en el futuro inmediato y en el largo

plazo. Este objetivo se deriva del hecho de que a pesar de que el seguro popular se instrumentó casi de inmediato, hay naturales cuestionamientos a su operatividad, efectividad y valía, tanto de tomadores de decisión como por usuarios, por lo que inevitablemente sufrirá cambios con las recomendaciones que proceden de esas opiniones.

El tercer objetivo es jerarquizar los principales problemas de salud que habrán de ocupar la atención futura del sistema de salud mexicano. El hecho de que BC haya sido pionero en la instrumentación del seguro popular, significa que funcionó como un laboratorio a nivel nacional que ha servido para que cada estado lo fuera adaptando a su entorno y procesos. Eventualmente, a futuro surgirá de todas las propuestas un sistema nacional que sea más efectivo para reducir la inequidad, la insuficiencia que carga el SNS y atenuar o cancelar los gastos catastróficos en que incurren millones de familias en México.

A partir del siguiente capítulo se profundiza en el análisis de las condiciones que prevalecían en el país en el periodo previo a la apertura comercial y se explican los procesos que se fueron dando durante la transición tanto económica como en el ámbito de salud poco tiempo antes de la firma del Tratado de Libre Comercio entre México, EUA y Canadá.

Se describen los fenómenos de apertura económica y la discusión sobre la reforma a la salud que finalmente empata los temas buscando dar respuesta a los obstáculos que el sistema de salud enfrenta para el desarrollo del país, la problemática existente en ese momento y las propuestas para la solución.

También se discute el efecto que tiene la globalización y la economía internacional en el país mientras este es empujado a buscar alternativas congruentes con estas determinantes internacionales que rompen los esquemas que México venía manejando desde algunas décadas previas a este movimiento globalizador, en el

que se conforman nuevas alianzas comerciales configurando al mismo tiempo nuevos mercados internacionales.

En este contexto se discute la creación del seguro popular como una política pública que viene a aliviar algunos de los obstáculos existentes en el campo de la salud como es la incapacidad para atender a millones de mexicanos que el gobierno reconocía que no tenían acceso a los servicios de salud.

La pretensión de la presente discusión es, encuadrar y reconocer la influencia que ejercen los aspectos económicos, sociales y políticos, la globalización y la internacionalización de la economía sobre los sistemas de salud, particularmente el mexicano que históricamente ha estado estancado como producto de políticas públicas ya obsoletas y que ha sido difícil romper, por tener que romper intereses y privilegios que están arraigados en la sociedad y que desde el momento en que se empieza a discutir el papel de México en el mundo se impulsan reformas en todos los sentidos incluyendo la reforma a la salud.

En los capítulos siguientes se plantea el camino que ha seguido México en la superación de las taras del sistema particularmente: la inequidad, la insuficiencia y la inseguridad y la propuesta del seguro popular como política pública para la solventación de dichos problemas.

Después se discuten las versiones oficiales y las opiniones de diversas corrientes sobre esta política y posteriormente como producto de reflexión final, se emiten recomendaciones derivadas del presente trabajo.

Se puede concluir que de este trabajo se genera una base de discusión futura sobre la evolución que tendrá tanto el seguro popular como la problemática que pretende solucionar. De la misma manera se propone una metodología para enfrentar el resto de los problemas que el sistema de salud contempla y formas posibles de solución, que vale la pena explorar en el futuro.

Por supuesto que una limitante es transportar la experiencia local a un ámbito nacional ya que cada estado tiene particularidades que hacen difícil equiparar las experiencias, sin embargo, se pone sobre la mesa lo que podría ser un ejemplo de solución en otros lugares, la experiencia bajacaliforniana.

México vive momentos de transiciones en todos sentidos, por ello las políticas públicas son un campo de reflexión interesante que provee toda una gama de posibilidades. Este campo de la salud específicamente, es un ejemplo de esos cambios y a los que poco a poco los mexicanos nos tendremos que acostumbrar mientras se generan otras vías de exploración e investigación.

CAPITULO 1. LA APERTURA COMERCIAL MEXICANA Y EL SISTEMA DE SALUD

Después de Segunda Guerra Mundial, el mundo giró alrededor de la hegemonía de los Estados Unidos de América (EUA). El sistema de Bretón-Woods marcó la dolarización de las economías en todo el mundo y México no fue la excepción (Dornbusch, 1986) En México se adoptaron las políticas recomendadas por la Comisión Económica Para América Latina (CEPAL) y se estableció el llamado Desarrollo Estabilizador, que buscaba entre otras cosas reducir la dependencia y privilegiar el desarrollo de la industria nacional. Hubo tiempos de crecimiento y estabilidad, pero en los setenta los EUA declararon la eliminación del patrón oro y se negaron a seguir financiando las operaciones mundiales. El mundo cayó en una crisis económica severa, los países como México se resistieron pero terminaron sucumbiendo ante el fenómeno y hubo necesidad de devaluar críticamente el peso en 1976, a cual se sumó la estrepitosa caída de los precios del petróleo (De la Madrid, 1982).

En México se pusieron de manifiesto los graves problemas estructurales de la economía y a partir de esta crisis viró sus políticas hacia el neoliberalismo, abandonando la propuesta Cepalina-Estructuralista, que promovía la Sustitución de Importaciones, y que había creado un aparato productivo altamente protegido pero ineficiente y no competitivo (Lora y Mallorquín 1999). El gobierno de México en 1982 comienza una etapa de apertura en la que se discute la entrada de México al GATT, la reprivatización de la banca y emprende una serie de reformas producto de las demandas ciudadanas que el gobierno federal plasmó en el Plan Nacional de Desarrollo. Destaco entre otras cosas, la descentralización de la Vida Nacional, incluyendo la descentralización del sistema de salud. El postulado de la Sociedad Igualitaria llevó a la modificación del artículo IV Constitucional para brindar Protección a la salud para todos, algo que hasta ese momento no estaba consagrado en las garantías individuales (De la Madrid, 1982). Elevar a rango constitucional este derecho buscaba dar base a un sólido sistema de salud,

requisito fundamental para alcanzar una vida plena de acuerdo con lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo de Carlos Salinas de Gortari (PND 1983-1988).

Durante el sexenio de 1976-1982 México, vivió como todo el mundo la crisis más profunda por la caída de los precios del petróleo. Esta crisis obligó al gobierno mexicano a instrumentar cambios muy drásticos en la política económica, como el control de cambios y la estatización de la banca comercial, momentos en los que se promovía en el mundo el postmodernismo y el neoliberalismo (Bell, 1976). Por esos años se discutía si México debía entrar o no al Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT) (Malpica 1986). El presidente López Portillo rechazó esta posibilidad diciendo que no era el momento oportuno para entrar a ese sistema comercial. Quizá la razón fundamental para ello, fue el descubrimiento por esos años de grandes yacimientos petroleros que dieron grandes esperanzas a México, no sólo de superar rápidamente la crisis, sino la oportunidad de “ser capaces de administrar la riqueza”. No entrar al GATT le costó a México que EUA, su principal socio comercial, empezara a aplicar medidas proteccionistas a las exportaciones de México con el pretexto de que estas estaban subsidiadas y que ello perjudicaba a la industria norteamericana. En realidad las medidas tenían por objeto “inducir” a México a actuar dentro de las reglas comerciales que impone el GATT o bien a firmar un Acuerdo con EUA (Del Castillo, 1988); (Weintrub, 1987 y 1989).

A México no le quedó más camino que firmar en 1982 este entendimiento en el que se comprometió a reducir los subsidios y permitir a los EUA aplicar “la prueba del daño”, con la cual se podía acusar a México de ocasionar un perjuicio a la Industria Norteamericana. Este Acuerdo en realidad fue el empujón que México necesitó para entrar de lleno al GATT y liberalizar su economía, por lo que al entrar como presidente Miguel de la Madrid, en diciembre de 1982, propone en su Plan Nacional de Desarrollo “la reordenación económica”. Con ello se empiezan a dar los pasos para la liberalización económica, asumiendo el Estado la Rectoría al tiempo que se fomenta la participación de particulares y se promueve el cambio

estructural. Es tácito que si se hace énfasis en la Rectoría del Estado es porque éste ya no está solo en la responsabilidad económica, se reprivatiza la banca y se dan los pasos para que México abandone los viejos esquemas económicos (PND, 1989-1994)

Con el presidente Salinas de Gortari, se reconoce que el modelo adoptado desde las décadas anteriores de Sustitución de Importaciones, estaba agotado, que los esfuerzos del cambio estructural no habían sido suficientes y que se requerían cambios más profundos. La industria nacional protegida por mucho tiempo, no era lo suficientemente competitiva, los subsidios no se habían reducido y la banca reprivatizada tampoco estaba dando buen resultado (Vega, 1988).

Durante los ochenta aumentaron los desequilibrios y se reconocen pocos avances. En 1987 todavía bajo la presidencia de Miguel de la Madrid, se tuvo la peor inflación en la historia, y lo que en su sexenio fue la *Reordenación Económica*, se convirtió en el sexenio de Salinas, en el “*Acuerdo para la Recuperación Económica con Estabilidad de Precios y para el Mejoramiento Productivo del Nivel de Vida*”. Otra vez es tácito que el enfoque económico no había funcionado y que la inflación era la principal preocupación. Sin embargo, el mundo seguía presionando para que México se insertara de manera más definida en el proceso de globalización económica y que se aprovecharan las potencialidades que México tenía para cumplir los objetivos últimos de la Nación, bajo la premisa de que “*cambian las estrategias mas no cambian los objetivos*” (PND, 89-94).

En el sexenio de Salinas de Gortari, se consolidó el Neoliberalismo y se empezó a buscar una apertura conveniente para el país, firmando convenios de reducción de aranceles con diversos países, particularmente al final del sexenio se estuvo trabajando en la firma de un acuerdo comercial con los EUA y Canadá. Muchas razones se dieron para esta firma. Una de ellas ocurrió al cerrar sus filas el Mercomún Europeo en 1992 y el surgimiento de los países de la Cuenca del

Pacífico. México, en este esquema tan desfavorable, consideró que la postura más favorable tendría que ser generar un acuerdo de libre comercio con su principal socio comercial y formar parte del bloque económico más fuerte del mundo. Aunque su posición pudiera ser a los ojos de muchos muy desfavorable dada la desigualdad entre los países de Norteamérica, con el paso del tiempo parece haber sido la mejor decisión que México tuvo en ese momento.

Muchas voces hubieran preferido un acuerdo más profundo con el resto de América Latina. Sin embargo, esto nunca hubiera sido una fortaleza para México, dado que la mayoría de los países de Sudamérica desconfiaban de México por su cercanía con los EUA y porque esta unión, lejos de ser complementaria, era sustitutiva ya que México es productor de muchas de las exportaciones de los países sudamericanos. Finalmente se firmó el tratado de Libre Comercio (TLC) en 1993, el cual entró en vigor en enero de 1994. En este marco México se vio envuelto en dos crisis severas: una política iniciando el año y otra económica en diciembre.

El primero de enero de 1994, el país se sacudió con el levantamiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional en Chiapas, creando durante ese año crearon un clima de gran inestabilidad en el país. Otros eventos que contribuyen a ésta inestabilidad fueron el asesinato del candidato oficial a la presidencia, Luís Donaldo Colosio, el del cardenal Juan Jesús Posadas Ocampo y el del Secretario General del PRI. Por este último crimen fue encarcelado durante todo el sexenio siguiente, un hermano del presidente Salinas de Gortari.

Todo este clima, creó una situación financiera que hizo crisis en diciembre de 1994, al entrar en funciones como presidente de México Luis Ernesto Zedillo. Esta crisis a la que se llamó el “*error de diciembre*” pintaba un panorama muy desolador, pero el Presidente estadounidense William Clinton, de inmediato se movilizó y puso a disposición de México, 55 billones de dólares para resolverla.

Esto fue posible gracias a que se había firmado el TLC y para fortuna de México, no requirió echar mano de esos recursos y poco a poco se fue recuperando.

Es indudable que los mercados globales afectan las políticas nacionales como lo discute Garrett (2003). Según este autor, la globalización y la integración de los mercados, ejerce presión a los países por tres mecanismos: la competitividad que se experimenta en la disputa por los mercados, la multinacionalización de la producción y la integración de los mercados financieros. La Organización para la cooperación y el desarrollo (OCDE), justifica estas presiones demostrando que el gasto de los gobiernos se duplicó de los sesenta a los noventa, trayendo como consecuencia una orientación mayor hacia gastos sociales como la salud, lo cual se pone de manifiesto al analizar los indicadores del OCDE (OECD, 2005)

México había avanzado poco en materia de salud. La descentralización de los servicios aun no era completa, pues incluso en Baja California se había rechazado y aun existían los Servicios Coordinados de Salud con base federal en la Secretaría de Salud desde la ciudad de México. Sin embargo, ante la proximidad del Tratado de Libre Comercio, la Academia Nacional de Medicina realizó un estudio profundo de la situación de salud en México, haciendo una comparación entre los indicadores de los tres países con el propósito de situar ventajas y desventajas de la firma de dicho tratado (Frenk J, Gómez-Dantes, 1994). Los principales indicadores de comparación se observan en la tabla 1

Cuando se firma el TLC, el sistema de salud reflejaba los grandes rezagos derivados de la falta de desarrollo. El estudio los principales obstáculos, permitió que el sistema de salud mexicano estableciera las bases de programas prioritarios en salud. Esta coyuntura para analizar las diferencias entre los tres países, fue liderada en México por la Academia Nacional de Medicina y la Fundación Mexicana para la Salud, que encontraron que el estado de salud de las personas depende en gran medida de la respuesta social organizada. Los sistemas de salud incluyen las políticas y programas en los que se señala como habrán de aplicarse

los recursos para superar los problemas y atenuar o cancelar los riesgos. Con la información encontrada y que se pone de manifiesto en la tabla de indicadores básicos, se llegó a la conclusión de que en México se necesitaban profundos cambios en el sistema de salud.

Tabla 1. Indicadores Básicos de Salud en México, Canadá y Estados Unidos en 1990

Concepto	México	Canadá	EEUU
Población	81.1 ¹	26.7	249.2
Esperanza de vida al nacer			
Hombres	66.4	73.4	71.2
Mujeres	72.9	79.8	78.2
Tasa de mortalidad infantil	38.1	7.3	10.1
% del PNB en salud	4%	8.6%	12.2%
Gasto en salud (billones de dólares)	5.1	50.4	662.2
# Camas X 1000 habitantes	1.3	6.8	4.4
# Médicos (1X 1000)	130	57.4	585.8

Obstáculos y Dimensiones de la salud según lo maneja la Academia Nacional de Medicina.

Tomado del documento de la Academia Nacional de Medicina (Frenk,J,Gomez-Dantes.1994)

Presiones muy diversas se observan desde la transición epidemiológica de Omram (Omram,1971), que implica que el tipo de enfermedades que nos afecta es cada vez más complejo, ya que han cambiado las causas de enfermedad y mortalidad, habiéndose sustituido los problemas infectocontagiosos por problemas crónico-degenerativos en términos generales. Sin embargo, en ciertas regiones del país existe gran rezago y esta transición epidemiológica no se observa. Pero ¿por qué reformar la salud entonces?, porque el diagnóstico de la problemática revela cuando menos 7 grandes obstáculos para que la salud de la población

alcance los niveles deseables: la inequidad, la insuficiencia, ineficiencia, inadecuada calidad, insatisfacción, inflación, inseguridad. A continuación se discuten:

En cuanto a la **inequidad**, existe una gran disparidad en los niveles de desarrollo en nuestro país. No es lo mismo nacer en Oaxaca o Chiapas que nacer en Nuevo León o Baja California, pues la mortalidad infantil en los primeros es el doble que en los segundos y en adultos la mortalidad en los estados más pobres del país era similar a la de la India, mientras que en Nuevo León o Baja California era comparable a la mayoría de los países de Europa (CONAPO, 2004). Esto por si mismo revela la estructura política-económica de nuestro país, que es al parecer la historia de todos los países latinoamericanos, que desde su independencia no han podido deshacerse de la dependencia y la desigualdad social, con democracias muy frágiles o dictaduras autoritarias que han dejado en el subdesarrollo a casi todos los países latinoamericanos (Almond, 1960; Acemoglu, 2001; Bambirra 1974;; Caporaso, 1978).

Si bien desde 1984 el derecho a la salud está consagrado en el artículo IV constitucional, era aceptado que en México existen más de 20 millones de personas sin acceso a los servicios de salud, particularmente en las regiones del sur de México y en zonas rurales (PND, 1983-1988). Los hijos de las mujeres en pobreza extrema presentan un riesgo 2.5 veces mayor de morir antes de cumplir un año de edad, que los hijos de las mujeres no pobres. Entre más marginación existe en una entidad federativa, menor cantidad de recursos es asignada a ella (INEGI 1993). En un estudio estratégico se reflexiona en torno a la inequidad y las necesidades de investigar en materia de las necesidades de salud, servicios de salud y apoyo metodológico (Hernández 1991). En este trabajo hay una clara tendencia a atribuir al Estado el papel de benefactor y vigilante de la salud de la sociedad, vinculando la equidad con la función del Estado como responsable de la “justicia social” para dar más a quienes tienen menos a través de políticas redistributivas.

Como bien señalan Elder y Cobb, “los problemas de políticas son construcciones sociales que reflejan concepciones específicas de la realidad, lo cual quiere decir que los problemas de inequidad son vistos desde el punto de vista de cada grupo afectado, poniendo en juego la agenda que incluye la confrontación de un tema como la salud, contra otro defendido por otro grupo afectado de diversa manera” (1973:75). Por ello, definir la salud como un problema integral resultado de la inequidad, hace que los decisores piensen de manera más detenida en la asignación de recursos a la salud, como ha sucedido en los EUA, donde en los últimos años la salud se ha convertido en un tema de agenda política de todos los partidos, cuyos enfoques varían en función de las propuestas ideológicas de cada partido (Eckholm, 1993)

Estas restricciones ideológicas que predeterminan cuales son las soluciones aceptables y viables en un marco de pluralidad, impiden una solución universal a la problemática. Decidir cuál es la agenda resulta una cuestión de mayorías electorales. La equidad en este sentido, no es fácil alcanzarla en virtud de las enormes disparidades estructurales, la pluralidad existente y la lentitud de reacción ante los problemas por parte de todos los actores (Lopez-Acuña, 1980).

En cuanto a la **insuficiencia**, la falta de recursos disponibles para resolver los problemas prioritarios de salud se manifiesta en toda la república. México es el país con el menor número de camas de hospital por habitante en toda América latina (World Bank, 2004) En Chiapas, con 758 centros de salud sólo se cubre la mitad de la población y se dispone de 750 camas de hospital que solo pueden atender a menos del 20% de la población. En el país existen 1.6 enfermeras por cada mil habitante, menos de la mitad de lo que se recomienda internacionalmente (CONAPO, 2004). A pesar de que la población mayor de 65 años crece a una tasa anual de 3.2 %, existen menos de 100 geriatras certificados en el país (UNAM, 2005). Si el crecimiento del gasto público federal en salud como

porcentaje del PIB continuara al mismo ritmo promedio, la seguridad social cubriría al 100% de la población hasta el 2030 (Narro, 2005)

Con respecto a la **ineficiencia**, en el sistema de salud mexicano es una constante la asignación de recursos a problemas no prioritarios o a tecnologías de alto costo y baja efectividad, con la consecuente generación de costos innecesarios y el desperdicio de recursos. Solamente se destina el 5% del gasto público a los servicios preventivos en tanto que los curativos absorben el 64% (Frenk 1987, y 2004). En los hospitales de la Secretaria de Salud sólo se ocupa, en promedio, la mitad de las camas disponibles, reflejando problemas de dotación de insumos, equipamiento y mantenimiento; pero también los médicos proporcionan menos de una consulta por hora de trabajo contratada. El Seguro Social dedica el 18% de su gasto a la atención médica. Cerca de la cuarta parte de los médicos mexicanos se encuentran sub o desempleados: Paradójicamente cerca de 20 mil médicos no tienen empleo y 20 millones de mexicanos no tienen acceso a los servicios de salud. De los casi 3000 hospitales privados registrados, menos de 100 tienen más de 50 camas y 1200 tienen menos de 5 camas (Frenk, 1994 y Lara et al.1997).

Con respecto a la **inadecuada calidad**, el sistema de salud ha sido incapaz para alcanzar los resultados esperados por la sociedad, debido a las deficiencias estructurales y a los procesos en la atención medica. Si todo el país hubiera tenido el mismo nivel de mortalidad que el mejor estado de la república, se evitarían más de 100 mil muertes anuales. El 44% de los ciudadanos mexicanos opinan que el principal problema de los servicios de salud es la mala calidad y, de acuerdo con investigaciones, el 73% de las consultas tienen serias deficiencias de calidad (Knaul, 2005). Se sabe que en una clínica de medicina familiar del IMSS, el tiempo promedio de espera de los pacientes para recibir una consulta es de 2 horas, en tanto que la consulta dura sólo 10 minutos. En una tercera parte de los nacimientos no se registra el peso del bebé y el 85% de los laboratorios públicos o privados tienen problemas de control de calidad (Frenk, 1994)

Por lo que concierne a la **insatisfacción**, esta no es otra cosa que la incapacidad de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de la población, lo cual se refleja en la utilización de servicios fuera de la institución de adscripción, existiendo un gran traslape en la asistencia. La clientela de la medicina privada se compone de un 40% de personas con derecho a la seguridad social. Cerca del 60% de los ciudadanos consideran que la calidad de los servicios de salud en su comunidad es regular o mala, el 40% de todos los ciudadanos opinan que las instituciones de salud no los tratan como se merecen y 1 de cada 6 usuarios expresan que hubieran preferido atenderse en otro lugar (Frenk J, Lozano R, Gonzalez-Block MA., 2004).

Con respecto a la **inflación**, desde 1988 el incremento de los precios de los servicios de salud ha sido mayor que en cualquier otro rubro de la economía. En 10 años el índice general de precios al consumidor aumentó 172 veces, pero los precios de los servicios de salud crecieron 215 veces y desde entonces el crecimiento del precio de las consultas médicas ha sido superior a la tasa general de inflación (Knaul, 2005) Existe una enorme variación de los costos unitarios en las diversas instituciones, pues el costo de una consulta típica de primera vez, es casi el doble en el IMSS y ISSSTE que en la SSA. En el sector privado la variación entre diversas organizaciones es de 9 veces ((Frenk J, Lozano R, Gonzalez-Block MA., 2004).

La **inseguridad** también se refleja en el sistema de salud, particularmente por la falta de protección y apoyo ante la enfermedad, la discapacidad y la muerte. En un estudio hecho en 1994, el 8% de la población declaró que no pudo recibir atención cuando la consideró necesaria y otro 22% tuvo que posponerla por razones económicas (Knaul. 2005) Funsalud considera que la quinta parte de los mexicanos opina que los problemas causados por los gastos de atención médica son muy importantes y cada año más de 400 mil hogares mexicanos incurren en gastos catastróficos de salud, tan elevados en relación al ingreso familiar que

tienen que poner en riesgo la satisfacción de otras necesidades básicas para pagar por atención médica.

Sin cambios que aseguren respuestas a las anteriores situaciones, en México no mejorará la atención de la salud. Esa fue la conclusión a la que llegó la Academia Nacional de Medicina (Frenk, Gómez-Dantés, 1993). Más aun, al hacer un mayor análisis, los académicos encontraron que el sistema de salud giraba alrededor de tres dimensiones: Modulación, Financiamiento y Prestación de los servicios:

La modulación se refiere a todos los mecanismos de regulación en salud, incluyendo el registro de establecimientos, la certificaciones de unidades, controles de costos, honorarios privados, la evaluación de la tecnología, certificación de escuelas que forman personal en salud, mecanismos de titulación, actualización y validación de licencias y requisitos para ejercer la medicina, así como el empoderamiento de asociaciones profesionales. El análisis de las principales fuentes de **financiamiento** del sistema de salud, que incluye la seguridad social pública, seguros privados o una combinación de ambos como resulta ser el seguro popular y otros mecanismos propuestos. Por su parte, **la prestación** se refiere al tipo dominante de servicios y cobertura de la atención universal, curativa y anticipatoria, la integración y organización de las instituciones, la propiedad de los establecimientos, las políticas de descentralización, la capacidad de los usuarios de elegir servicios y de establecer demandas legales.

Estas tres dimensiones son parte de las discusiones teóricas de la ciencia política y la administración pública, en la medida que se trata de propuestas de la *comunidad societal* y de políticas *redistributivas*. La necesidad de contemplar de manera integral el efecto globalizador de la tendencia a la democratización y la satisfacción de las necesidades sentidas de la población. Según Alan Touraine (2001), las movilizaciones sociales siempre tienen que ver con aspectos integrales que van más allá de una causa aparente, como sería la falta de atención, para incluir los aspectos socioculturales como factores determinados por una creciente

educación de la población en torno a sus derechos constitucionales. En gran medida los problemas del sistema de salud mexicano, se deben a que estas dimensiones se abordan de manera muy desagregada por todos los actores, llámese grupos sociales o instituciones orientadas al cuidado de la salud.

Tabla 2. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

REGULACIÓN (modulación)

- Registro de establecimientos
- Certificación de unidades
- Evaluación de tecnología
- Control de costos
- Control de honorarios privados
- Certificación de escuelas y facultades
- Certificación de la titulación
- Validación de licencias y actualización
- Requisitos para ejercer la medicina general, y especialidades
- Poder de las asociaciones profesionales

FINANCIAMIENTO

- Principal fuente financiera = pública
- Financiamiento local = débil
- Seguridad social = insuficiente
- Seguros privados = baja utilización

PRESTACIÓN

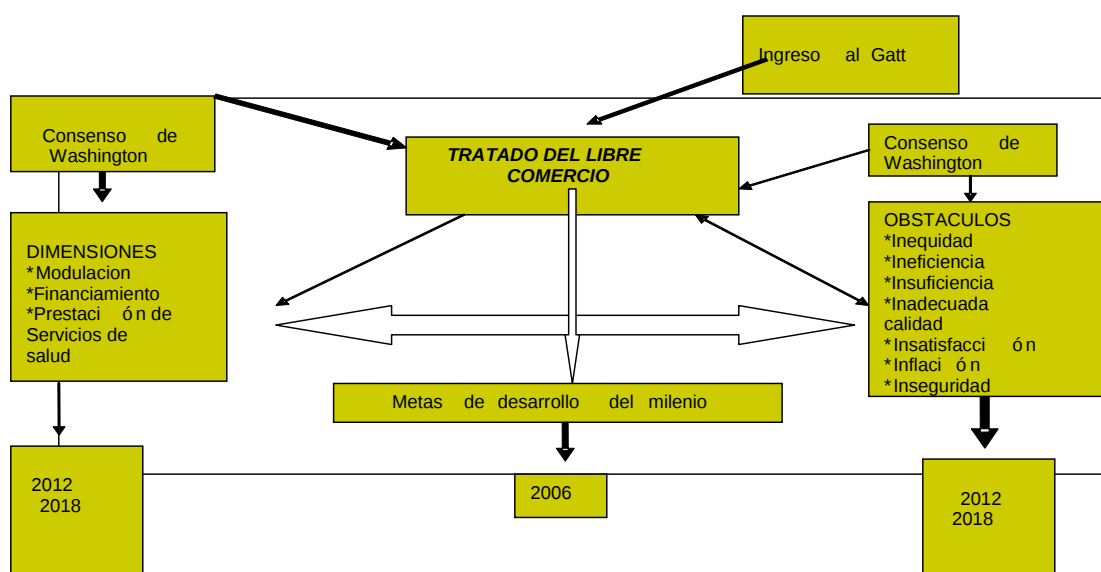
- Cobertura = incompleta (no universal)
- Tipo dominante de servicios = curativos
- Propiedad de establecimientos = mayoría públicos
- Organización institucional = muy fragmentada
- Descentralización = existente sólo en la SSA
- Normatividad = central en el sector gubernamental
- Capacidad de elección = muy pobre
- Capacidad de demanda legal = aun pobre

La influencia externa ha sido determinante en el dictado de las políticas públicas en México: Las recomendaciones del Consenso de Washington¹ y las responsabilidades adquiridas al ingresar al GATT como preámbulo a la firma del TLC, tuvieron repercusiones en las diferentes dimensiones del sistema de salud, tanto en la modulación (Ley General de salud) como en el financiamiento y en el terreno de prestación de servicios para la atención a la salud. Sin embargo al encontrar y profundizarse los problemas, la necesidad de cambios se volvió

imperativo. No es que se quisiera obedecer a las políticas emitidas desde Washington, sino que era también una oportunidad para resolver las grandes deficiencias del sistema (ver figura 1).

¹El Consenso de Washington se refiere a las recomendaciones emitidas por el Banco Mundial para la superación de la crisis en países no desarrollados y que consisten en 10 puntos: disciplina fiscal; priorización del gasto público; reforma fiscal; tasas de interés de mercado, tasas de cambio competitivas; política de apertura comercial; liberalización de inversión extranjera; desregulación de los mercados; privatización de las empresas públicas y garantizar la propiedad privada. El parámetro básico de la economía es la inflación. (Williamson J. 1989).

Figura 1 Relación entre el sector externo y la salud en México



Elaboración propia

La evolución natural de los fenómenos económicos globales, aunado a las recomendaciones internacionales tuvieron un impacto directo en el establecimiento de políticas públicas en México, El rezago de México con respecto a los países más avanzados en materia de salud, indujo al estado mexicano a afrontar de manera estratégica los problemas del sector. Una vez firmado el TLC, el continuo movimiento en la globalización empujó a casi todos los países, incluyendo a México, a firmar en la Organización de las Naciones Unidas (ONU)

las Metas del Milenio, sin haber resuelto los más importantes rezagos, incluyendo la solución a la inequidad, la insuficiencia y la inseguridad.

Este es un buen ejemplo de que la globalización ha sido determinante en los compromisos que se adquieren frente al exterior, cuando el Estado Mexicano se obliga a cumplir con las llamadas metas de desarrollo del milenio planteadas desde la perspectiva internacionalista de la ONU. En el transcurso de 12 años la ONU reunió a 191 países para la firma de la Declaración del Milenio, donde la salud ocupa un lugar preponderante para alcanzar el desarrollo, entre ellos EEUU y México y Canadá.(WHO 2000). El documento que contiene 8 grandes objetivos con 48 indicadores, se conoce como las **Metas de Desarrollo del Milenio** (MDG por sus siglas en ingles). De estas, 3 de las ocho y 18 de los 48 indicadores, corresponden a cuestiones de salud.

Las ocho metas a saber son:

1.- Erradicar la extrema pobreza y el hambre

En esta meta, el blanco 1 es reducir la proporción de personas cuyo ingreso es menor de un dólar diario.

En el mundo existen 1200 millones de personas que viven con un ingreso de un dólar diario, miles de ellos viven en las regiones más depauperadas de México. El huracán Katrina puso en evidencia que mucha gente vive en condiciones de pobreza. En los EEUU, las personas conocidas como “homeless” son frecuentes en las zonas metropolitanas y en México hay más de 10,000 niños viviendo en las calles de las zonas urbanas.

2.- Lograr la educación primaria universal

Unos 7 millones de niños en edad escolar no tienen acceso a la educación en países desarrollados. En EEUU y México en particular, en las zonas urbanas no hay suficientes espacios y en las rurales parece no haber llegado los beneficios del crecimiento económico.

3.- Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.

La ONU declara que no se puede alcanzar el desarrollo sin eliminar la desigualdad de género. El 66% de las personas analfabetas en el mundo son mujeres; la tasa de empleo para las mujeres es dos tercios de las de los hombres; y las mujeres sólo ocupan el 15% de las curules en los parlamentos del mundo y un porcentaje mucho menor ocupa carteras de primer nivel. La equidad de género va más allá de un manejo legislativo y se trata de un fenómeno cultural muy arraigado que seguramente no podrá superarse para el 2015.

4.-Reducir la mortalidad infantil

Se trata de reducir la mortalidad U-5 en dos tercios. En el mundo cerca de 11 millones de niños mueren anualmente antes de cumplir 5 años, es decir 30000 diariamente o 20 cada minuto. De ellos 4 millones mueren antes de cumplir 4 semanas de nacidos. El 54% de las muertes está ligada a la desnutrición.

En Norteamérica en su conjunto, los indicadores son favorables pues los niveles promedio son los deseables, si bien en el sureste de México las condiciones se parecen mucho a la de países más atrasados. A pesar de existir vacunas para algunas enfermedades, en el mundo aun mueren cientos de miles de niños de enfermedades como el sarampión.

5.-Mejorar la salud materna

La clave es reducir las tasas de mortalidad materna en un 75% y atenuar los problemas derivados de la salud reproductiva.

530,000 mujeres mueren al año en el mundo durante el parto, y 20 mujeres más por cada una que muere, sufre lesiones, infecciones o alguna otra enfermedad producto del parto o del embarazo. El 13% de las embarazadas muere como consecuencia de aborto. La mayoría de los problemas se derivan de falta de o inadecuada atención prenatal. Aunque las cifras también son favorables en Norteamérica, en las zonas rurales todavía se presentan problemas graves.

6.-Combatir el VIH/SIDA, Paludismo y otras enfermedades

Esta meta busca reducir a la mitad los casos de VIH/SIDA, Malaria y Tuberculosis, aunque habría que señalar que en México y EUA tanto el VIH/SIDA como la TB se presentan como auténticos problemas de salud pública, particularmente el último como consecuencia de las llamadas cepas multidrogoresistentes. El que la tuberculosis sea un gran problema de salud en la frontera entre EUA y México, impone la necesidad de un abordaje binacional al problema. Con todo esto, la meta se contempla como una de las más difíciles de lograr, no solo en el mundo en vías de desarrollo sino en países como EUA y México.

7.-Asegurar un Desarrollo Sustentable

El blanco principal en el mundo es reducir a la mitad la proporción de personas que no tienen acceso al agua entubada y drenaje sanitario. Aunque esto aun sigue siendo un gran problema en el mundo, en Norteamérica no es tan grave. En el sureste mexicano, que es donde el agua es abundante, es también donde el porcentaje de casas sin agua y drenaje es mayor. El reto en EUA y México estriba en los programas de reducción de riesgos ambientales, ocupacionales, de seguridad química, contra radiaciones y de creación de condiciones ambientales saludables, particularmente para los niños.

8.- Desarrollar una colaboración global para el desarrollo

En el 2002 en lo que hoy se conoce como el Consenso de Monterrey, los países más desarrollados se comprometieron a proporcionar ayuda a los más necesitados. Se discutió que las metas del Milenio no se alcanzaran sin que los más ricos tengan que aportar recursos.

2000 millones de personas en el mundo carecen de medicamento esenciales. En esta meta se llegó a la conclusión que el costo económico para los programas de cumplimiento de las MDG's crecería de 135 a 195 billones de dólares entre 2006 y 2015.

La globalización no es sólo un tema económico, pues cada vez es más claro que los aspectos políticos, culturales y sociales de la misma están explicando la presencia de polarización proveniente de la globalización. Mientras unos la ven como la panacea otros se han convertidos en escépticos acérrimos, en parte debido a la influencia que tiene sobre distintos aspectos culturales, sociales, de soberanía y otros temores que dan lugar a esta dualidad de opiniones. En consecuencia, no es posible hacer hoy en día un análisis de la globalización por separado, dado que sólo el enfoque completo permite advertir las amenazas y oportunidades que ocurren en la interacción de todos los elementos citados.

La internacionalización de la economía trajo consigo una cada vez mayor relación entre grupos distantes y las comunicaciones advierten peligros que al principio parecen ajenos, pero que poco a poco impactan todos los ámbitos locales, como el caso de la aparición del virus de la Inmunodeficiencia humana y cuya potencial diseminación ocurrió a partir de los ochenta. A partir de entonces, la sociedad global estuvo más pendiente de los sucesos que podrían afectarle, aun cuando ocurrieran en sitios muy distantes, como el caso del SARS aparecido en el 2003 que provocó pánico en todo el mundo. En la misma situación está el caso de la Influenza aviaria que hasta ahora sólo ha ocasionado 170 casos de muerte pero que potencialmente podría producir una pandemia de efectos devastadores. Los tres problemas mencionados son producto de la mutación de virus de animales que adquirieron la capacidad de infectar a los humanos. Hoy sabemos que es posible que nuevos virus aparezcan en un futuro y que gracias a la movilidad de grupos humanos en el mundo se pueden generalizar, pero sobre todo a la sobrepoblación y el agotamiento de los recursos energéticos y alimentarios, así como el deterioro ambiental que hacen pensar en escenarios catastróficos (Sartori y Mazzola 2002)

La combinación de terrorismo con la aparición de nuevas enfermedades virales, ha movido la agenda de la salud en algunos países. En EUA por ejemplo, el presidente Bush, inmediatamente después del atentado a las torres gemelas, ordenó la fabricación de 300 millones de dosis de vacuna contra la viruela ante la

posibilidad de un ataque biológico; posteriormente se han inyectado recursos en la investigación y desarrollo de una vacuna contra la gripe aviar. Estas decisiones no obedecen a necesidades sociales sino a la opinión de expertos, pero más que nada son motivadas por el factor terrorismo. En otro momento han ocurrido desastres naturales que ponen de manifiesto las deficiencias del sistema de seguridad social tanto en EUA, como en México, Indonesia o Pakistán, que fueron afectados por diversos meteoros con una gran carga presupuestaria y política, que no sólo incidió sobre la salud sino en el bienestar social en general.

Aunque para muchos la relación entre economía y salud es obvia, para otros no lo es tanto, si bien es claro que en la medida que más crecimiento económico haya más oportunidad habrá de que se dediquen recursos a la salud, tanto en el sector público como en lo familiar. La tabla 3 y la figura 5 muestran que el crecimiento económico de los EUA es inverso a la caída de la tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades que a principios de siglo fueron muy importantes, como la Tuberculosis, el Sarampión y la Fiebre tifoidea. En la medida que se dio el crecimiento económico, la tasa de mortalidad fue descendiendo, de tal suerte que aunque muchos atribuyen a los medicamentos o la vacuna la caída espectacular de las tasa de mortalidad, para cuando aparece la Isoniacida en la Tuberculosis en los 50's, las penicilinas en los mismos años y la vacuna contra el sarampión en 1961, las enfermedades ya habían dejado de ser un problema grave de salud pública. Es claro que el descenso de la mortalidad está relacionado con la mejoría en las condiciones generales de vida, pues el crecimiento económico permitió desarrollar mecanismos preventivos y condiciones de salud que hicieron posible el descenso de la mortalidad; y en última instancia generaron los recursos para investigar y desarrollar elementos de diagnóstico y tratamiento eficaces.

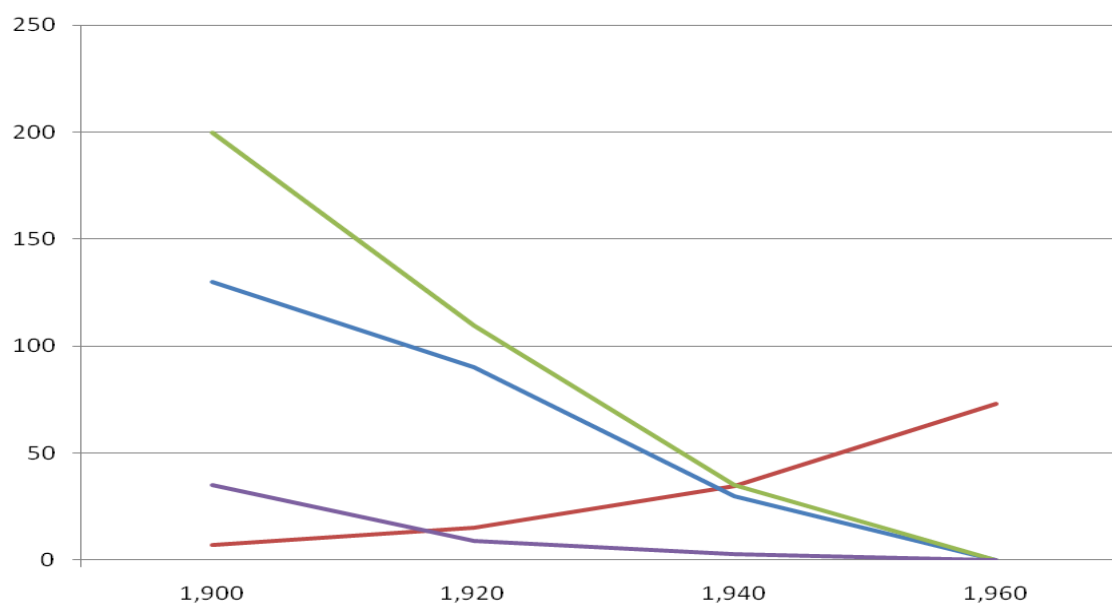
Tanto la internacionalización de la economía como la Globalización con todos sus elementos, inciden en la salud en la medida que contribuye a estilos de vida saludables o no, a la estandarización de procedimientos y al desarrollo de tecnología, de suerte que los países ya no están aislados y se generan influencias,

cambios y tendencias que en mayor o menor grado determinan el nivel de salud de los países.

Tabla 3

PIB y Tasas de Mortalidad Estandarizadas de sarampión, tuberculosis y tifoidea en los E.E.U.U. de 1900 a 1960.

	DMM	Sarampión	Tuberculosis	Tifoidea
año	PIB	TSMsa/100000	TSMtb/100000	TSMtf/100000
1900	7.1	130	200	35
1920	15.1	90	110	9
1940	34.7	30	35	3
1960	72.8	0.1	0.08	0.1



Elaboración propia a partir de datos del Banco Mundial
(WHO 2006)

México no está exento de estos efectos y los cambios se dan no solo en la vida cotidiana por la influencia del exterior; también se observan en políticas públicas, en compromisos adquiridos y en gastos en los que se incurre gracias a las necesidades creadas por las tendencias mundiales. Por el lado de la influencia externa, en el dictado de las políticas públicas han sido determinantes las recomendaciones del Consenso de Washington y las responsabilidades adquiridas al ingresar al GATT, que tuvieron repercusiones en las diferentes dimensiones de la salud.. Sin embargo también era una oportunidad para resolver las grandes deficiencias del sistema de salud (ver figura 6)

Figura 6.



Elaboración propia

La relación entre los países ha generado una mayor interdependencia y el solo hecho de que no exista un sólo país que sea autárquico propició la internacionalización de la economía y al mismo tiempo el intercambio de formas de pensar diversas que unen a las culturas y permite la consolidación de las naciones. Este fenómeno tiene impacto sobre la economía y ejerce influencia definitiva sobre las políticas públicas. Con la globalización es posible observar experiencias de éxito-fracaso en el exterior y de esa manera establecer prioridades de salud a mediano y largo plazo. En general, los sistemas de salud

son afectados positivamente, reflejándose en la mejoría de los indicadores de salud y el aumento de la capacidad instalada para hacer frente a los servicios de atención a la salud. (Held, 2003)(Brown L, 1988).

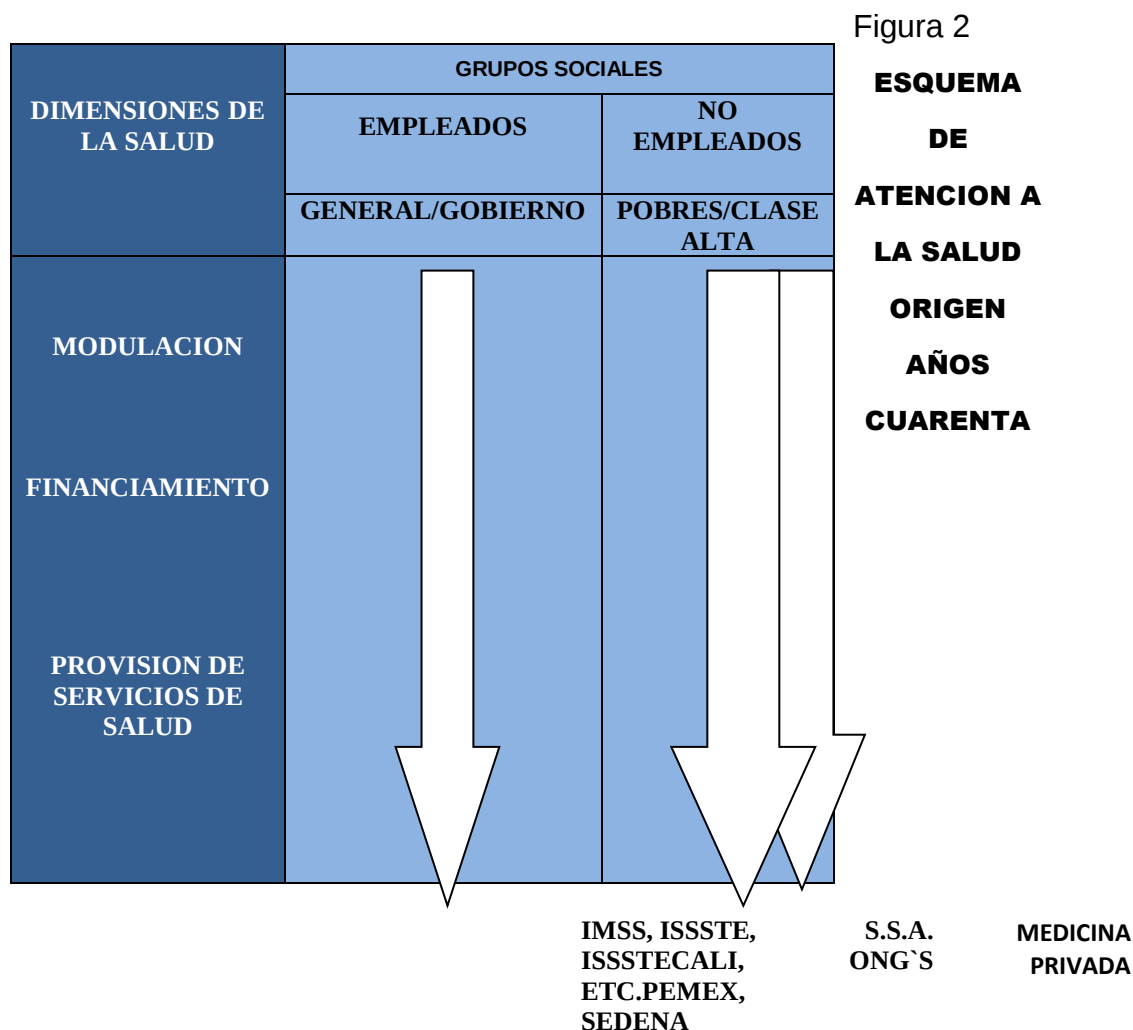
La globalización avanzó cada día con mayor intensidad y dinamismo. Mientras que México se encontraba en medio de transformaciones intensas que requieren esfuerzos en muchos órdenes para estar acordes con esta transición social del sector salud, la rapidez con la que necesita hacer cambios rebasó la capacidad para instrumentarlos, por lo cual se decidió por un cambio gradualista e incremental, dejando los cambios estructurales pendientes y la velocidad limitada a otros criterios diferentes a los de las necesidades del país. (Benneth D,1978)(Gonzalez-Block,1992)

CAPITULO 2. LA REFORMA AL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

Los primeros pasos que se dieron, tuvieron que ver con el establecimiento de mecanismos legales que le dieran sustento jurídico a las propuestas de atención a las necesidades que se habían observado. En ese contexto se da paulatinamente el proceso que se le llamó “la Reforma a la Salud” (Casells, 1995; Frenk 2003; Frenk J, Gonzalez Pler E, 2006; Gadikou, 2006). Otro paso fue la creación de un mecanismo de protección en salud que consolidaba la reforma del artículo cuarto constitucional de 1985, lo que permitía la existencia de fondos para la protección contra gastos catastróficos: Finalmente la propuesta última fue la creación del Seguro Popular de Salud (Frenk, 2005 y Knaul, 2003).

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se conformó durante los años cuarenta, cuando se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), buscando proporcionar a los obreros servicios de salud y demás prestaciones como jubilaciones y pensiones. Hasta ese momento el SNS no parecía tener cuestionamientos, excepto que la economía de pleno empleo estaba muy lejos de ser una realidad, por lo que existían millones de desempleados que tenían que ser atendidos vía la Secretaria de Salud y Asistencia Pública (SSA) que desde su origen enfrentaba problemas para atenderlos. El resultado fue un crecimiento paulatino de personas sin acceso a los servicios de salud, que para 1982 oficialmente contabilizaban 20 millones (González-Block,1990).

El enfoque de atención médica en función de grupos sociales, permitió lo anterior, ya que tanto la regulación sanitaria como el financiamiento de los programas y la atención en sí misma, se llevaban a cabo por instituciones distintas, como lo muestra la figura 2

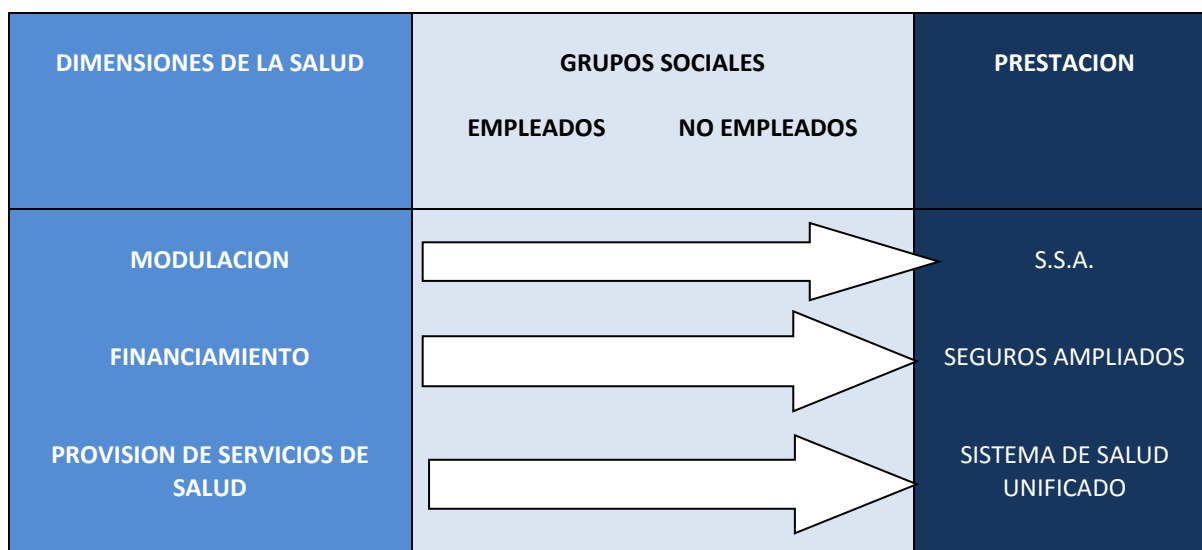


Tomado de Frenk et al, 1994.

Ante este panorama era natural que se creara una separación social, puesto que había un servicio de privilegio para los trabajadores y un grupo muy desfavorecido que no alcanzaba a ser atendido por no cotizar servicios médicos al carecer de trabajo. Tratando de modernizar el SNS se originó una forma discriminada de grupos, unos con acceso a los servicios y otros que tuvieron que aceptar su

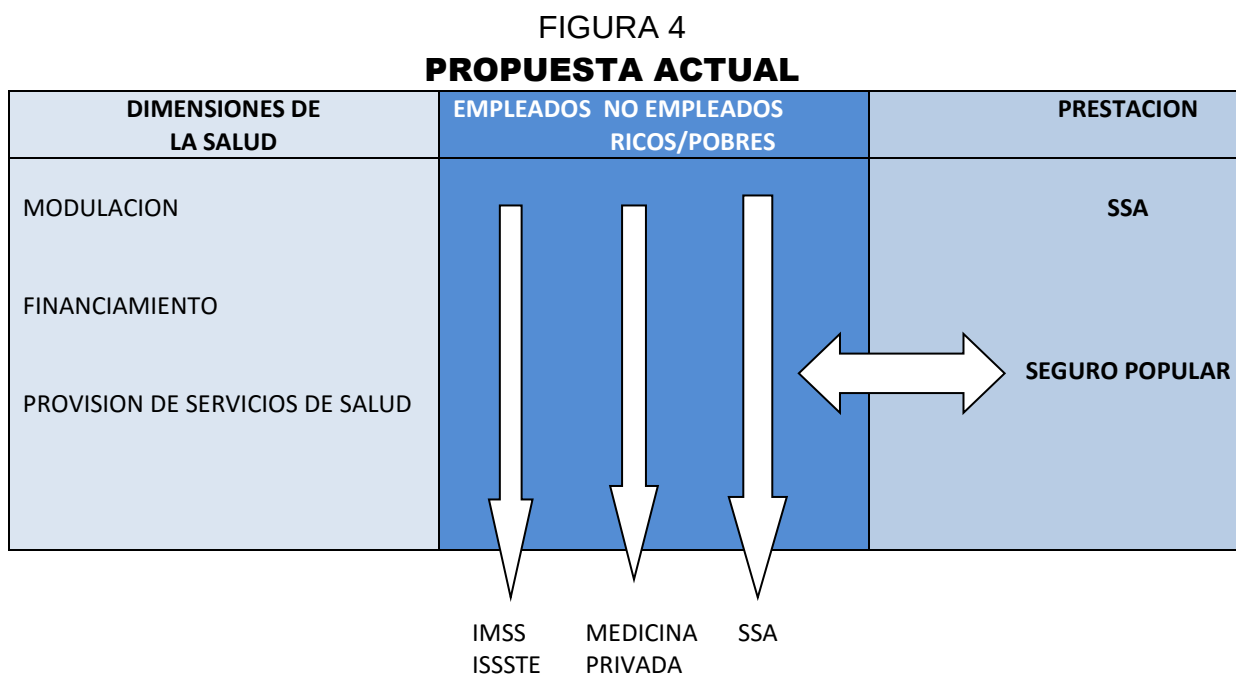
condición de inaccesibilidad. Aunque el SNS avanzó en las siguientes décadas, no fue sino hasta los noventa cuando el proceso de la firma de un Tratado de Libre Comercio con EUA y Canadá, generó una propuesta de reforma a la salud que en principio alteraba la vieja concepción de un sistema por grupos sociales (Frenk, 1993) Fue entonces que la Fundación Mexicana para la Salud, en coordinación con la Academia Nacional de Medicina, plantearon lo que se muestra en la figura 3 (Frenk, Gomez-Dantés 1993).

FIGURA 3
PROPUESTA FUNSALUD
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
1994



La propuesta de un sistema de salud unificado y la restructuración total del sistema de salud, encontraron más dificultades que soluciones, por lo que se tuvo que enfocar en una nueva propuesta cuyo objetivo fundamental fue resolver, por un lado la inequidad y por otro ampliar la capacidad financiera del sistema. En consecuencia, las razones que obligaron a proponer el Seguro Popular fueron las dimensiones de la salud y no de los grupos sociales; y ante la imposibilidad de eliminar la desigualdad social, se propuso una cobertura universal a través de un esquema que permitiera abatir la marginación e inequidad en salud (Knaul, 2003;

Nigenda, 2007 y Frenk 2005). Después de todas las modificaciones, el esquema quedó como muestra la figura 4



ELABORACION PROPIA

En el debate se contempla fundar el seguro popular como una forma de financiar a los desempleados pobres que por lo pronto reciben los servicios a través de la secretaria de salud en casi todos los estados, con la pretensión de que eventualmente se hiciera por una red institucional de servicios. El seguro popular como alternativa incluía el financiamiento de la atención de los pobres, a través de la prestación que otorga la SSA, con la finalidad de que evolucionara a convertirse en el seguro ampliado de la propuesta de 1994

2.1 El Seguro Popular en México

En las décadas de los setenta y los ochenta, la Organización Mundial de la Salud enfocó todas sus acciones hacia la Atención Primaria a la Salud como estrategia

para lograr la Salud para Todos en el año 2000, de acuerdo con lo establecido en la reunión de Alma Ata. (WHO 1978). Ese objetivo fue abordado por regiones en virtud de que cada continente enfrentaba problemáticas distintas y niveles diferentes de desarrollo, incluyendo las metas para la región de las Américas por parte de la Organización Panamericana Sanitaria (OPS 1981).

Cuando los avances no fueron suficientes se trató de darle énfasis a los Sistemas Locales de Salud promoviendo el plan de los Municipios Saludables (OPS, 1990 y OPS, 2000). De manera paralela los ministerios de salud empezaron a darse cuenta de la cada vez más influyente participación de las economías y pronto se empezó a pensar en los aspectos que frenaban el desarrollo de los sistemas, encontrando que los asuntos económicos eran quizá la parte más complicada y que los gobiernos se veían rebasados por necesidades creciente y la falta de recursos para atenderlos (Kumate 1994). A pesar de ello, la cobertura universal se convirtió en una meta no sólo de la OMS, sino de muchos países que la tomaron como parte prioritaria de sus sistemas de salud, como Colombia, Chile o España (Freire, 1993). Otros modelos adoptados incluyen los de Sri Lanka, Tailandia y Corea (Mills, 2007).

Mientras los sistemas de salud de Israel, Colombia y Argentina tienen como preocupación central la cobertura universal bajo ópticas distintas y usando estrategias también distintas (Marina, 2007), otros países como Inglaterra cuentan desde 1948 con un sistema de salud universal financiado por el estado en un 85% a través de los impuestos directos, un 11% por el Plan Nacional de Salud y un 4% por diversas contribuciones de particulares, usuarios y otros fuentes de ingreso (Roemer, 1980).

Al parecer el movimiento postmodernista y neoliberal que se impulsó desde Washington fue permeando de tal manera, que los enfoques poco a poco fueron cambiando. Muy pronto los gobiernos empezaron a involucrar a los mercados como parte del problema y de la solución. Fue en este panorama que la Fundación

Mexicana para la Salud (FUNSALUD) y la Academia Nacional de Medicina llegaron a la conclusión de que la inequidad, la ineficiencia y la inseguridad eran trabas importantes, pero que el Sistema de Salud era sólo parcialmente responsable del problema. Por ello se introdujo como parte de la solución, el aseguramiento en salud creando el programa del Seguro Popular de Salud (SPS), como parte de la reforma en la salud en México (Frenk, Sepulveda, 2003; Knaul y Frenk 2005). Este consiste en un esquema de seguro de salud que el individuo y sus familias adquieren a un costo muy accesible, particularmente para quienes tienen recursos muy limitados o están desempleados. El funcionamiento de la atención sólo puede sufragarse mediante la participación de los gobiernos estatales y federal (knaul y Frenk 2005).

El ambiente neoliberal sin embargo, generó posturas diametralmente opuestas. En efecto, la mercadización de la salud introdujo todo un debate ideológico que polarizó las fuerzas políticas del país, como lo constatan las opiniones de quienes aducen que en el “marco de la reforma del Estado y de la implementación de políticas de ajuste macroeconómico, el gobierno federal reduce el gasto social como parte de su estrategia general para disminuir el déficit fiscal, mantener unas finanzas sanas, liberar recursos para sus prioridades y compromisos reales, como el pago de los intereses de la deuda (interna y externa), los rescates financieros de diversos sectores privatizadores (carretero, azucarero y bancario, entre otros)” (López. Blanco, 2006: 45).

Otros estudiosos señalan que de las tres dimensiones de la salud, es decir, la modulación; la prestación del servicio de salud y el financiamiento, este último, debería dejarse como prerrogativa de instancias distintas al ministerio de salud, dejando la regulación en el sector gubernamental y la prestación del servicio como una entidad dual donde el sector privado tuviera una participación fundamental (Lara et al, 1997), (Mills, 2001) (Nigenda, 2006).

Esta separación de las responsabilidades establecida en la Reforma del sector salud 1995-2000 (SSA 1995) y ratificada en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (SSA 2001), tuvo como objetivo ampliar la cobertura de atención, elevar la calidad en la prestación de los servicios y favorecer la equidad atendiendo principalmente a la población pobre (PND, 2001-2006) En realidad esta visión no es sino la evasión de la responsabilidad del Estado por garantizar el derecho universal a la salud y transferirlo al sector privado mediante una lógica de mercado sujeto a oferta y demanda, otorgándole a las compañías de seguros la autoridad para afiliar en función de la capacidad de los usuarios, dejando de lado a los más pobres que no pueden o no quieren afiliarse al Seguro Popular (López. Blanco 2006). Según estos autores y otros que comparten la misma idea, el Seguro Popular no es más que una respuesta de solución a los problemas financieros que enfrenta el Sistema de Salud, que de esa manera puede financiar algunos de sus rezagos. En consecuencia, el SPS ni ahorra, ni hace universales los servicios de salud, sino que en realidad lo único que hace es reducir los servicios que otorga el Estado (Granados, Tetelboin, Torres. 2006).

En efecto, según Tamez y Valle (2006), el achicamiento de la seguridad social y la segmentación en el acceso a los servicios, son producto de una propuesta de reforma neoliberal de la salud como respuesta a una crisis económica y del aumento del gasto en salud. Por ello, más que una solución a la desigualdad social y lejos de resolver la problemática en salud, aumenta la brecha entre los que pueden y lo que no pueden sufragar los gastos en salud.

Otros estudiosos opinan que el SP no ha dado resultado como solución efectiva. y cuestionan si las reformas en salud en América Latina están funcionando, incluyendo el SP de México. También cuestiona sobre qué tan democrática ha sido la implementación del SP, en virtud de que sus impulsores en el 2003 señalan que fue producto del consenso de actores clave, pero que fueron seleccionados a partir de los intereses de actores de la élite política y del sector privado que

seguían al pie de la letra las recomendaciones del Banco Mundial y el BID (Ochoa, 2007).

Una alternativa al SPS fue presentado por el gobierno del Distrito Federal señalando que se trata de una propuesta más apegada al Artículo IV Constitucional, que garantiza el derecho de los mexicanos a ser atendidos en su salud.(Laurell AC 2005). En el mismo tenor se expresan López y Blanco, al señalar que este programa es más noble que el SPS, ya que es totalmente gratuito tanto de los servicios médicos como de los medicamentos. Este programa además, es un proyecto ideológico que se opone diametralmente al hecho de que los particulares paguen los servicios por ser una obligación del Estado (López, Blanco 2006).

Julio Frenk, en un trabajo para FUNSALUD, explica como se pasó del análisis a la propuesta y de la propuesta a la práctica (Frenk, 2005). Aquí se establece que de un profundo estudio académico que generó la obra de Economía y Salud, en la que se convocó a innumerables académicos de diversas instituciones, se llegó a la conclusión de que existe una fuerte relación entre la salud y la economía. También se concluyó que había que pensar en una reforma al sistema de salud que permitiera resolver los obstáculos que se habían encontrado. Esta propuesta contó con el reconocimiento y apoyo internacional la OMS, que inclusive convocó y organizó la Comisión de Macroeconomía y Salud (WHO, 2001).

En efecto, en el análisis previo a la firma del TLC, se planteaba la Reforma en Salud, haciendo énfasis en la solución de los principales obstáculos detectados, particularmente en lo que se refiere a la inequidad. El problema que el sistema enfrentaba en su estructura, es que estaba orientada en función de grupos sociales, de tal suerte que la población que cuenta con un empleo cuenta con cobertura de parte de instituciones como el IMSS; el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); instancias estatales como el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del estado de Baja

California (ISSSTECALI) o el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del estado de Sonora (ISSSTESON); y otras instituciones paraestatales.

Por otra parte, la población sin empleo formal es cubierta por la Secretaria de Salud. Este marco fue en sí mismo una traba, en virtud de que la SSA no contaba con recursos para enfrentar la carga financiera, ya que en la época de la firma del tratado había más de 40 millones de personas que no contaban con servicios de salud. Por lo tanto las familias más pobres sin acceso a la atención, incurrían en gastos muy pesados, lo que implicaba que o no se atienden o gastan lo poco que tienen para sus necesidades más apremiantes. Cuando ese gasto es mayor al 30% de su presupuesto, se incurre en lo que se ha dado en llamar “gasto catastrófico”, que según algunos autores es alto, pues a pesar de que más del 42.3% de la población cuenta con alguna forma de cobertura en salud, el 52 % del gasto en salud sale del bolsillo de los particulares (Nigenda, 2006 y 2007),

Es a partir de la administración del presidente Fox, que se planteó esta reforma en el Sistema de Salud y culminó con una iniciativa al Senado de la República y al Congreso en el 2002, que buscaba establecer las bases de solución a la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, creando la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), para reconstruir el Sistema de Salud bajo dos ejes fundamentales, que son la calidad y la protección financiera.

Estos son elementos fundamentales dado que la insuficiencia en salud en gran medida está condicionada por la transición epidemiológica, porque al mayor peso de las enfermedades crónico degenerativas hizo muy costoso su manejo, mientras que por el otro lado, el hecho de que más de la mitad de todo el gasto en salud provenga del bolsillo de las familias, es un pago por demás injusto, ineficiente y en muchos casos incapaz de ser resuelto por las mismas. Se optó entonces por una forma de subsidio a la demanda más que a la oferta, que permitió la afiliación voluntaria al SPS, el cual recibe un subsidio por parte del gobierno federal. En este

contexto y habiendo sido aprobado por todos los estados, se creó el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) (DOF 2003).

Según Nigenda, una forma de lograr el aseguramiento en materia de salud, es con la participación del sector privado, que de manera sistemática se ha venido realizando en el mundo, aunque en México sólo ha tenido un 2% de crecimiento. De hecho, la población más acomodada del país invariablemente utiliza los servicios privados, aunque esté cubierta por alguna forma de seguro público. La idea del seguro popular surge a partir de saber que el 52% del gasto en salud procede de los particulares, sin importar su status socioeconómico, ya que el 57.8% de la población no cuenta con servicios en salud. Por si esto fuera poco, 2.5 millones de hogares de México gastaban más del 30% de sus ingresos disponibles, lo que califica como gasto catastrófico, y condiciona que 1.5 millones de familias entren en el grupo de la pobreza extrema por este sólo hecho. Luego entonces, entre más pobre sea una familia, mayor es el porcentaje que le dedica a su salud, alcanzando cifras del 65% del ingreso familiar o ningún servicio en realidad (Nigenda, 2007).

El SPS se propuso como una forma de solución al problema de la **inequidad**. Este programa buscaba establecer la forma de garantizar la atención a la salud de la población, a partir de:

Brindar protección financiera a familias que por su situación no pueden ser derechohabientes de ninguna institución;

Reducir el gasto de las familias más vulnerables que al enfermar incurren en gastos catastróficos;

Fomentar la atención oportuna a través del paquete que se ofrece;

Fortalecer el sistema público de salud reduciendo la brecha entre los que están asegurados y los que no tienen ningún tipo de cobertura (Knauth, 2003); y

Contribuir a superar la desigualdad y los rezagos que enfrenta la salud en México

Después de mucho debate y modificaciones por los diferentes partidos políticos, se aprobó en el Congreso de la Unión, en abril del 2003, una reforma a la Ley General de Salud que establece el sistema de protección social en salud, tomando como brazo operativo el Seguro Popular de Salud (Gomez-Dantés,2005).

De acuerdo con el documento oficial de la OCDE, México creó el Sistema de Protección Social en salud (SPSS) con el propósito de continuar los esfuerzos para alejarse de un sistema verticalmente integrado de aseguramiento institucional, hacia uno más universal que involucrara a toda la población sin importar su status laboral, en un sistema más horizontal distinguiendo las funciones de modulación, financiamiento y prestación de los servicios (OECD, 2005).

Los objetivos de esta Reforma en salud fueron reforzar el rol modulador y de liderazgo y de la Secretaría de Salud; asegurar que todos los individuos tengan acceso a los servicios de salud a través de un paquete universal de intervenciones en salud costo-efectivos, incluyendo medicamentos, con contribuciones para obtener el seguro progresivas hasta logra la equidad financiera. Sin duda con esto se pretendía inyectar recursos frescos al financiamiento gubernamental existente, para corregir los desequilibrios originados desde que se creó en 1943 el IMSS; y de paso involucrar a los gobiernos locales así como a los hogares, con el propósito final de hacer del programa financieramente sustentable, lo cual se planteaba lograr entre 2004 y 2010.

Con este nuevo sistema se privilegia la demanda, ofreciendo un seguro voluntario y creando incentivos para los estados con la idea de atraer nuevos miembros y retener a los afiliados mediante nuevos servicios y ofertas cada vez más atractivas.

A pesar de la existencia de diversos enfoques, inclusive totalmente opuestos, hay una reflexión relativamente común acerca de que el objetivo del SPS era brindar

protección financiera a los usuarios que no tienen alguna forma de atención; y que el fin era una forma de crear Justicia Social, que es una propuesta que si bien se ha basado en experiencias muy parecidas a las instrumentadas en otros países como España y Colombia, no deja de tener una gran dosis de originalidad y congruencia en nuestro país, a pesar de que en el mismo existan muchos diferencias entre las diversas regiones.

Una vez aprobado el SP en el 2003, algunos estados empezaron a trabajar a manera de ensayo con el SP. En muchas entidades donde el SP no es un hecho aceptado, como Jalisco, Aguascalientes, Tabasco y Campeche, comenzaron de manera experimental a funcionar bajo el esquema propuesto. Y aunque se crearon los REPSS, no se decreto una normatividad estatal como en el caso de Baja California. Este inicio complejo dio lugar a un intenso debate sobre el estado del SP en el país, destacando Nigenda (2006 y 2007), Frenk (2006,2007,2008),), Laurell (2007).

2.2 El Seguro Popular en Salud en Baja California

Desde que en Baja California se creó ISESALUD en 1996, este ha sido el organismo que tiene a su cargo la salud pública, llevando a cabo todas las actividades que previamente realizaban los Servicios Coordinados de Salud Pública en el estado.

El 18 de marzo del 2005 se publicó en el Periódico Oficial del estado de Baja California, el Decreto que crea el Régimen de Protección Social en Salud de Baja California (REPSS) como organismo público descentralizado del Gobierno del Estado. Este fue el primer estado en implementar la figura del REPSS en el país, con el fin de garantizar las acciones de protección social en salud a través de la promoción, afiliación y tutela de derechos; impulsar la calidad de la oferta de los servicios de salud; y comprar servicios de salud a proveedores de atención a la salud. Una vez aprobado el seguro popular por el congreso de la unión en el 2003,

el gobierno de Baja California decidió reestructurar el sistema de salud local y comenzó la afiliación de personas al SP, aunque fue hasta marzo del 2005 cuando el gobernador del estado decretó la creación del régimen de protección social en salud de Baja California(REPSS), el cual fue sancionado posteriormente por el congreso local constituyendo de esta manera el primero estado de la república que contó con un organismo de regulación distinta a la Secretaria de Salud para brindar protección a todos aquellos que no cuentan con una forma de seguridad social. (Arredondo, 2006, BC, 1997, BC, 2005. REPSS-ISESALUD, 2006). Para fines de 2007 el REPSS había afiliado a 237 mil familias.

La idea central para la creación del REPSS era contar con un organismo autónomo para la toma de decisiones y con capacidad de gestión que permitiera su viabilidad financiera y se constituya en un promotor de la calidad y mejora continua de los servicios que se ofertan a los bajacalifornianos.

Los recursos del SPS en Baja California se integran por cuotas sociales de las familias, que son el 15 % del salario mínimo; la aportación estatal mínima, equivalente a la mitad de la cuota social; y la aportación solidaria federal, equivalente a una y media veces el monto de la cuota social

Los destinos de estos recursos están etiquetados en 8% para el fondo de protección contra gastos catastróficos; 2% para necesidades de infraestructura de primer nivel y de las especialidades básicas para los Estados con mayor índice de marginación social; 1% para previsión de las diferencias imprevistas por la demanda de servicios así como la garantía de pago por la prestación interestatal de servicios.

Entre 2002 y 2007, el REPSS de Baja California ha experimentado los siguientes aumentos: 300% en el presupuesto, 48% en las consultas médicas, 18% en los egresos hospitalarios, 28% en los partos, 67 % en el número de núcleos básicos, 35 % en el número de camas censables, 300% del número de trabajadores

eventuales. Y aunque la productividad de consultas por médico disminuyó, el número de cirugías por quirófano por día sigue igual

En una encuesta practicada durante el 2007 en todo el estado, el 74% de los encuestados se mostró satisfecho o muy satisfecho con el tiempo de espera para consulta y el 97% satisfecho con la atención médica brindada. Hasta diciembre de 2007 estaban afiliados 237,000 familias con un promedio de 2.7 miembros por familia, lo que da un total de 639 900 afiliados que constituyen alrededor del 20% de la población total del estado. En promedio, el 52% de los afiliados utilizan los servicios una vez al año. El hecho de que casi la mitad de los afiliados no utilicen los servicios de salud, de acuerdo con las autoridades actuales del REPSS (Del Real, comunicación personal), se debe al sub registro, burocracia administrativa, desabasto, desaliento de la demanda y diferimiento de consultas y cirugías. Más específicamente, las autoridades del REPSS reconocen que existe un diferimiento de dos meses para las especialidades de ginecoobstetricia, urología, neumología, neurología y gastroenterología y de tres meses para cirugía general, pediatría, medicina interna, otorrinolaringología, traumatología y ortopedia, endocrinología y subespecialidades pediátricas. Las cirugías se difieren de dos a tres meses, si bien en el caso de algunas como oftalmología, demoran hasta doce meses. Laboratorio y gabinete se difieren alrededor de un mes y pruebas más sofisticadas de dos meses en adelante. En materia de medicamentos es frecuente que se encuentren faltantes medicamentos fundamentales como antibióticos, antiinflamatorios y otros. Sin embargo, las deficiencias se atribuyen más al hecho de que la demanda se ha vuelto mucho mayor de lo esperado y ha rebasado la capacidad de resolución.

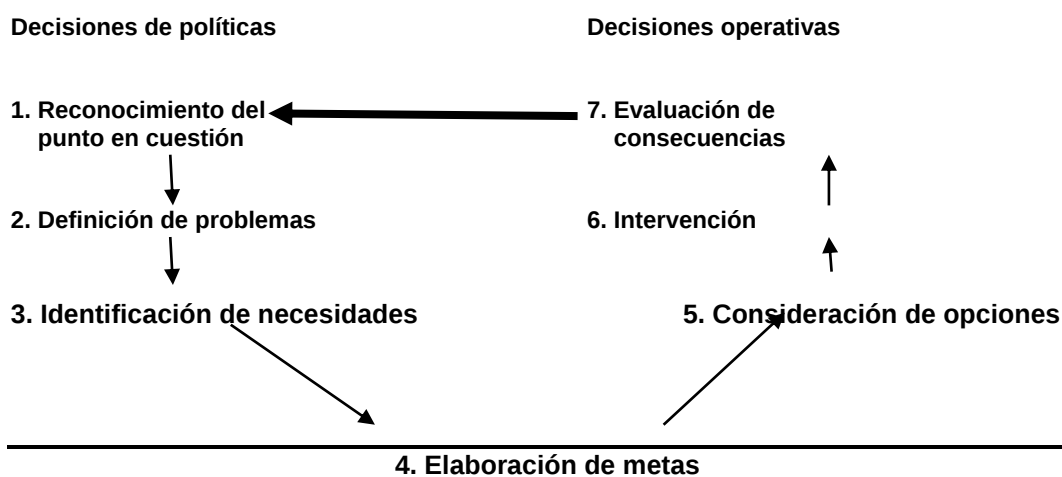
Por el lado de los prestadores del servicio, hay opiniones adversas siendo las principales quejas las siguientes: aumento excesivo del trabajo, salario que no corresponde a ese aumento de trabajo e limitados los recursos de la gente. Entre las respuestas apareció la de “no trabajo para el Seguro Popular, trabajo en ISESALUD”, la cual refleja que en muy poco tiempo la SSA se convirtió en el

principal proveedor de los servicios de salud. Esto resaltó la necesidad de ir incorporando nuevas instituciones conforme el REPSS fuera teniendo mayor capacidad para solventar esos gastos y las Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) se vayan ampliando para sustituir a las unidades de ISESALUD.

CAPITULO 3. METODOLOGÍA

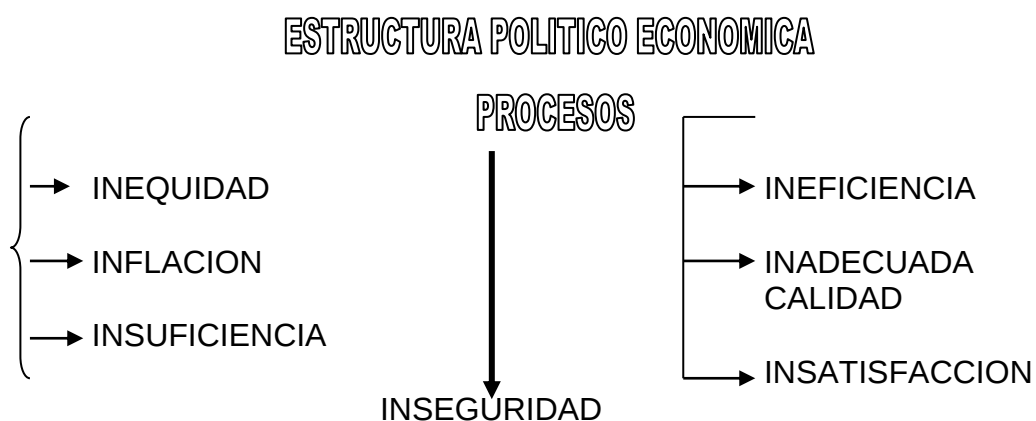
Siguiendo a Bardach, en la construcción de alternativas y selección de criterios, el Internacional Development Research Center, de Ottawa, recomienda que se observan los siguientes pasos para el proceso de toma de decisiones en salud (ver figura 7).

Figura 7. Proceso de toma de decisiones en salud

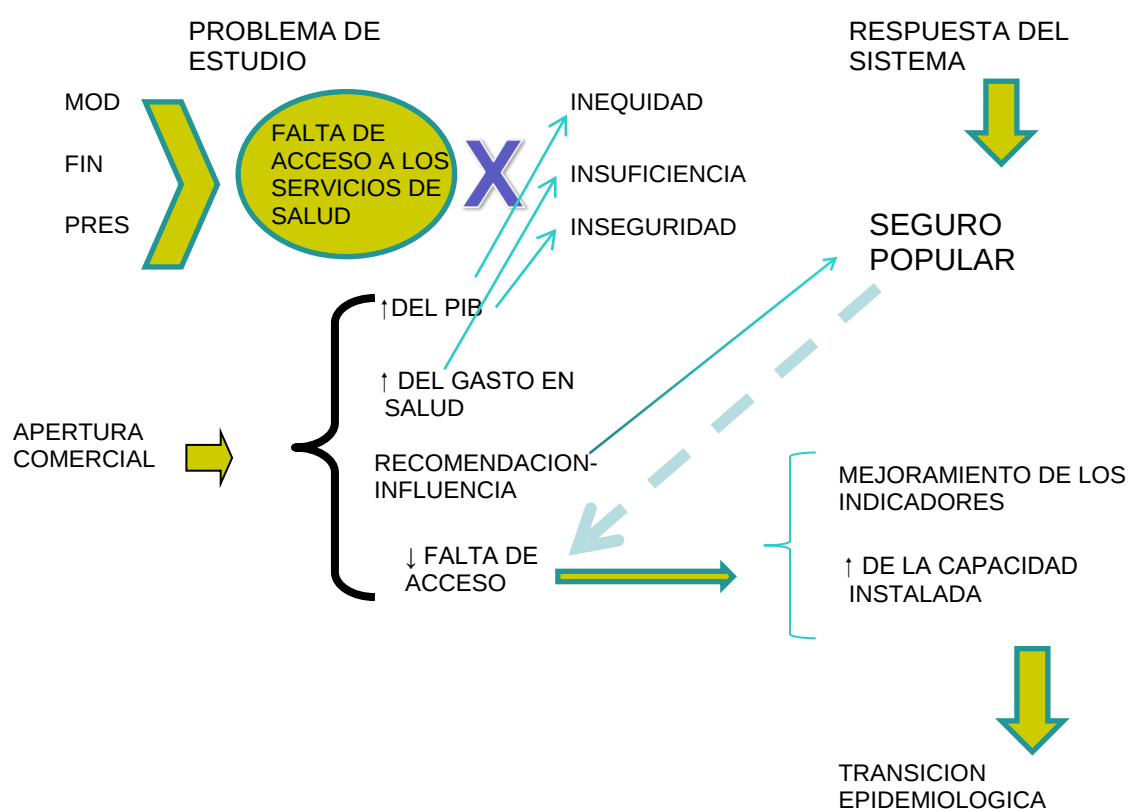


En la lógica de construir una red de interacción entre los problemas que obstaculizan el sistema de salud y los pasos establecidos en la figura 7, es posible establecer el origen y el destino de la política a instrumentarse (ver figura 8).

Figura 8. Problemática de las políticas públicas en salud



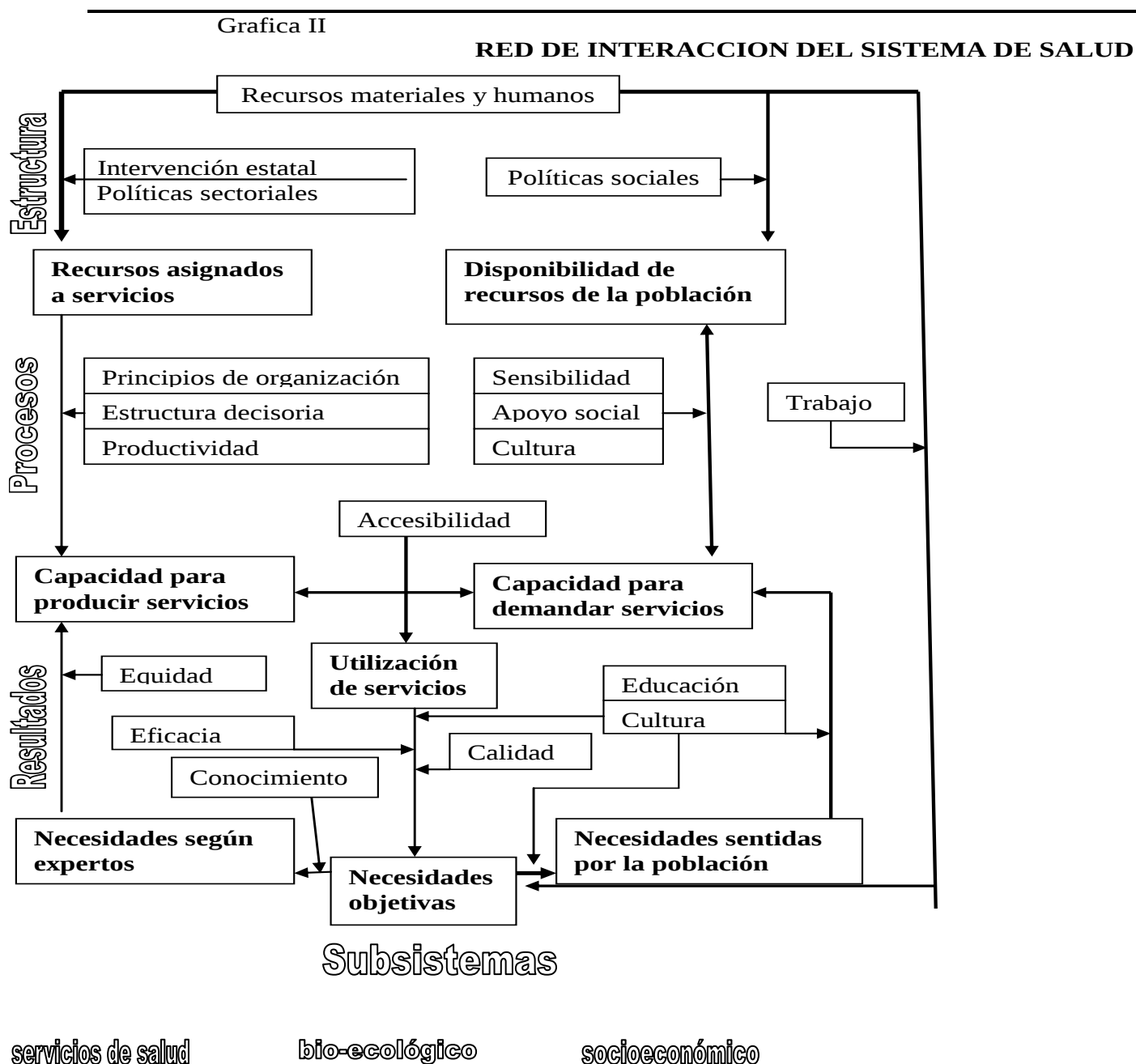
Atendiendo a sólo tres de los obstáculos señalados, es decir, a la *inequidad*, la *insuficiencia* y a la *inseguridad*, se observa que la influencia externa ha influido para que la respuesta del sistema de salud se oriente a la creación de programas como el seguro popular, el cual pretende reducir el problema de inequidad al permitir que un número mayor de personas tengan acceso a los servicios de salud, que el sistema mejore en su capacidad instalada y reduzca el problema de la insuficiencia. Además, el Seguro Popular tiene por objeto reducir el gasto catastrófico en salud que muchas familias incurren dado el creciente aumento de los precios en servicios e insumos para la salud. La mejora de los indicadores de salud, prevé una transición epidemiológica que ya presente, las consecuencias de esta transición y las prioridades para investigar y atender en el futuro mediano mediante consenso de expertos, se observan en la figura 9.



Elaboración propia

Para ello, la metodología de este trabajo, después de la definición del problema, sigue la pauta analítica de Bardach (2004) y con base en el establecimiento de una red de interacción de políticas públicas propuesta por Laura Chaques-Bonafont (2004) se aplica para el caso de la salud y se plantea en la siguiente gráfica.

Grafica 10. Red de interacciones del sistema de salud



Tomando en consideración que el diagrama permite visualizar muchos caminos que ligán la apertura comercial, tanto con las dimensiones de salud como con los obstáculos a vencer, se puede notar que algunos de esos caminos incluyen los efectos sobre: la modulación, el financiamiento y los servicios, con un énfasis en el fortalecimiento del pluralismo en la prestación de los mismos y el reconocimiento de la libre elección de prestadores primarios de salud por parte de la población.

Una visión panorámica del estado que guarda el Seguro Popular en México y en Baja California, hacen pensar que la opinión de los expertos que tienen a su cargo los programas resulta más reveladora que los elementos cuantitativos que se puedan enumerar, por lo que este trabajo se elige el camino para un análisis cualitativo sobre el futuro de lo que se podría significar el Seguro Popular como respuesta del sistema para la reducción de la inequidad, la insuficiencia y la inseguridad en salud. Esto permitiría analizar los efectos que sobre la salud ha tenido la apertura comercial y la globalización, cuáles serán las condiciones en un futuro para el sistema de salud mexicano y establecer las bases para recomendar la jerarquización de prioridades, no sólo de intervención sino de investigación.

Para alcanzar este objetivo se realizó una encuesta a 29 tomadores de decisiones de las cuatro instituciones más importantes del estado: ISESALUD, IMSS, ISSSTE e ISSSTECALI. Para ello se llevó a cabo un taller de “Políticas de Salud sobre Base Científicas. La toma de decisiones basada en evidencias”, en la Universidad Autónoma de Baja California.(UABC) con el patrocinio del consorcio INDESES, grupo de investigación formado por el Instituto Nacional de Salud Pública, La Universidad de Guadalajara, el Colegio de la Frontera Sur y la UABC. La encuesta se realizó en coordinación con otros instrumentos que miden la capacidad estatal para realizar investigación a partir de un instrumento propuesto por la Fundación Canadiense para la Investigación en Sistemas de Salud, y que el INDESES adaptó para ser usado en México. De la experiencia de este instrumento se pudo obtener la información del presente trabajo.

En el foro donde se reunieron a 29 tomadores de decisiones en salud del estado. En esa reunión participaron 13 directores de ISESALUD así como 7 jefes y directores de ISSSTE, 3 jefes de programas de la delegación del IMSS y 6 directores de ISSSTECALI. En dicho foro realizado durante tres días seguidos, se establecieron las bases de las políticas públicas y la toma de decisiones en salud, haciéndose al mismo tiempo un ejercicio para conocer las prioridades en materia de atención que habrán de ocupar todos los esfuerzos del sistema de salud,

Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo., que asume que la capacidad del sistema de salud depende en gran medida de la percepción que todos los actores tienen de los escenarios que habrán de tenerse en el futuro a corto y largo plazo, por lo cual se vuelve pertinente un énfasis fenomenológico que los explique a partir de la manera como estos actores observan el futuro y no sólo de un análisis cuantitativo. Pa ello se desarrollaron entrevistas con actores clave que desde su propia visión señalan cuales han sido las ventajas y desventajas de la instrumentación del seguro popular y cuales deberían ser los cambios que deben hacerse, si es que esa es la mejor respuesta para la solución de los problemas de falta de acceso, insuficiencia e inseguridad o si existe una mejor opción para atender las prioridades que debe atender el sistema de salud.

Las entrevistas estuvieron enfocadas en la problemática de la inequidad, insuficiencia e inseguridad en salud, con base en la opinión de 10 expertos tomadores de decisiones de Baja California, que han jugado un papel relevante en la instrumentación del Régimen Estatal de Protección es Salud (REPSS). También se entrevistaron a los que administran esta figura cuando sólo estaba funcionando en Baja California, con la idea de explorar y analizar los siguientes aspectos:

Cuáles han sido los efectos que han tenido la globalización y la apertura comercial en el sistema mexicano de salud

Si el Seguro Popular es una solución efectiva y viable

Qué opinión se tiene del REPSS por parte de los tomadores de decisiones, la sociedad y el sector político

Cuáles son los problemas que enfrenta el REPPS

Si es la mejor solución para reducir la inequidad, insuficiencia e inseguridad

Cuál es el futuro del SP en México y en BC.

La entrevista y sus características se señalan en los anexos. Una vez analizada la información recolectada de las entrevistas, se procedió a su análisis, intentando describir los escenarios al final de la administración gubernamental estatal que concluyó en 2013, así como posibles cambios y ramificaciones que se puedan generar en la opinión de los actores clave.

CAPITULO 4. RESULTADOS

Siguiendo la secuencia de los ocho pasos de la políticas públicas de Bardach (2004), la definición del problema parte de la incapacidad del sistema de salud para brindar una atención universal que incluya a todos los grupos sociales, que sea suficiente y completo y brinde la seguridad de que los servicios de salud serán otorgados sin que las familias incurran en gastos catastróficos.

Los tomadores de decisiones en salud entrevistados, estuvieron de acuerdo en que el problema de Inequidad, insuficiencia e inseguridad es real y congruente con lo planteado en este proyecto.

El ejercicio tomó como modelo de estudio el caso de Baja California por ser el único estado en donde se había instrumentado el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) en forma obligatoria, mediante decreto firmado por el ejecutivo del Estado con el propósito de explorar si en la visión de los tomadores de decisiones, esa sería la respuesta más adecuada a los problemas de inequidad, insuficiencia e inseguridad señaladas por la academia Nacional de Medicina y FUNSALUD.

Un enigma no resuelto es como se implantaría en todo el país y si en la visión de los entrevistados es factible y útil repetir la experiencia de BC, o que dadas las características socioeconómicas, culturales y políticas del estado y sus habitantes, esta experiencia no puede repetirse.

Los antecedentes y la descripción del sistema así como la secuencia histórica de la evolución del sistema de salud mexicano, explican no solo como se generó el problema, sino como fueron planteadas las posibles soluciones. ¿Cuales alternativas se han planteado? En primer lugar, reconocido el problema se generó una Reforma del Sistema de Salud que ha venido dándose en los últimos 25 años, la cual ha pretendido ser comprehensiva. Una más profunda, propuesta por el binomio Academia-FUNSALUD, no fue

adoptada por razones justificables, dado que implicaba la reestructuración total de las instituciones de salud, lo que era políticamente imposible de llevar a cabo. Sin embargo, a partir de esta propuesta se dio la pauta para proponer la creación del seguro Popular como una medida útil que normada por la federación, pudiera ser operada en las entidades estatales sin cambios adicionales en la estructura institucional. Por supuesto, la propuesta originó que algunos gobiernos de oposición propusieran otros programas, como el caso del Distrito Federal, que tenía un programa distinto y se resistió a aceptar el SP. En los demás estados tampoco hubo una aceptación verdadera del SP, sin embargo, los gobiernos estatales se dejaron llevar por la dinámica impuesta desde la presidencia de la república para no entrar en conflicto de intereses con la federación; y aunque lejos de aceptarlo lo concibieron como un mecanismo de allegarse recursos federales, sin formular decreto estatal alguno y dejando el SP en manos de las secretarías estatales de salud.

Los entrevistados en este trabajo estuvieron de acuerdo de manera casi unánime que la mejor opción para eliminar la inequidad es el SP.

Con el REPSS se establece un mecanismo administrativo que permite operar a favor de la cobertura universal, observando que las dificultades hasta ahora han sido producto de la implantación reciente y que la curva de aprendizaje necesaria se dará de manera natural, mejorando el sistema. De cualquier manera **en el esquema mental de los entrevistados esta la idea de que el SP es el mejor de los escenarios que derivó de una propuesta más radical como la que hizo FUNSALUD a propósito de la firma del TLC, quedando la propuesta del SP como la mas viable.**

Una vez decretado y en operación, el REPSS en BC fue reduciendo poco a poco el número de familias que no tenían acceso a los servicios, lo cual es reconocido por los actores involucrados, ya que al aumentar la afiliación fue creciendo la capacidad instalada, en principio aumentado los turnos de

atención por la propia Secretaría, aumentando el personal contratado y posteriormente con la creación de las UNEMES, SORIDS, CAPAS.

Hay una gran aceptación del Seguro Popular por parte de la sociedad, que se comprueba porque el discurso mediático gubernamental no amerita oposición de parte de los sectores que podrían rechazarlo, como lo es la medicina privada y, por supuesto, los partidos políticos que parecen encontrar en el SP la bondad suficiente como para no atacarlo. Ni en las campañas electorales más negativas se ha observado un ataque de parte de los partidos de oposición al gobierno estatal.

Los entrevistados señalan que el REPSS, **a pesar de tener muchos problemas operativos, es un sistema perfectible**, lo cual implica necesariamente que lo aceptan como una solución verdadera y que sólo se tendrían que ajustar algunos programas para que poco a poco funcione para lo que fue creado. **Algunos de los entrevistados consideran que es la verdadera solución a la problemática de inequidad en salud.**

Con el ritmo de crecimiento de la afiliación, se considera que antes de que termine la administración estatal 2007-2013, se habrá llegado al 100% de cobertura, lo cual conlleva a una reducción casi total de las personas que no tienen acceso a los servicios. Una vez logrado eso, la próxima administración deberá enfocarse en mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios.

En qué momento se podrá decir lo mismo para a todo el país ? Esto es muy difícil de contestar ya que otros estados enfrentan la problemática de la marginación, que parecen tener prioridad a pesar de que todos los que trabajan en salud consideran que no es posible alcanzar ningún nivel de desarrollo en esta materia, si se carece de servicios básicos como agua, energía eléctrica, drenaje, alimentación y educación. Evidentemente el problema es complejo porque sin salud tampoco se pueden solucionar los

otros factores mencionados. Bajo estas circunstancias, Baja California se configuró como el laboratorio ideal para establecer el REPSS, ya que el nivel de carencias de los otros satisfactores, no se podría comparar con los estados del sureste mexicano. Aunado a ello existe un ambiente político propicio, para su implementación, debido a que los gobiernos federal y estatal pertenecían al mismo partido.

Varios temores se esbozan en las opiniones de los entrevistados, que pueden tener repercusiones negativas en la consolidación en el SP. Una de ellas es **la falta de solidaridad y conocimiento de los actores en el momento de la instalación** del REPSS. Debido a la verticalidad con que fue impuesto el programa por el ejecutivo estatal, no fueron consultados los actores clave, rechazando el decreto de manera natural. La decisión poco democrática del decreto creó una nube de desconcierto del propio personal de la Secretaría de Salud y ha tenido que pasar un tiempo para que este personal empiece a tomar conciencia de las ventajas del programa. Otro temor muy legítimo de parte de los propios actores, es **la incapacidad de controlar el uso del programa para fines distintos de los que fue creado, como son proyectos político-electorales, acciones corporativistas e incluso que no sea inmune a la corrupción.**

La justificación de los temores obedece en gran medida a que quienes toman las decisiones de políticas públicas, no están considerando una evaluación cuantitativa como un mecanismo relevante para la reafirmación del SP, dando lugar a la sospecha de que se puede utilizar para fines diferentes para los que fue creado. Si bien la opinión experta de todos los actores tiene una gran importancia, sus determinaciones están hechos más en base a una suma de visiones subjetivas que a fundamentos cuantitativos que aún no terminan de construirse.

En la exploración sobre las ligas entre los cambios experimentados en México en materia económica con la atención a los obstáculos de salud, particularmente sobre la inequidad, insuficiencia e inseguridad, se preguntó sobre la influencia que la globalización y la apertura comercial ha tenido sobre la economía y la salud en México y Baja California. La opinión generalizada es que el ambiente de preinstalación del REPSS en el Estado era muy propicio en virtud de que aquí se conocían la apertura desde siempre, ya que antes de la firma del TLC se contaba con un régimen de libre comercio que permitía a los consumidores locales disfrutar de lo que fue realidad en el resto del país hasta después de la firma del TLC.

Los cuestionarios recogieron opiniones parecidas a las que el propio REPSS hizo en el 2007. Aunque no deja de ser una opinión y reflexión de tomadores de decisiones a nivel local, es notorio que la mayoría está convencida que el Seguro Popular es una excelente opción para reducir y eventualmente eliminar la inequidad en salud y que es un mecanismo para mejorar los servicios y darle una mayor capacidad resolutive que abata la insuficiencia. El que las familias más necesitadas puedan ser atendidas con una erogación familiar mínima, constituye una forma de reducir considerablemente los gastos catastróficos en que incurren las familias y por ende eliminar la inseguridad de poder ser atendidas que sienten las familias de escaso recursos.

Todos los entrevistados de la encuesta del REPSS, piensan que el SPS ha mejorado en alguna manera los principales problemas de los sistemas estatales de salud, como la falta de cobertura de servicios, la falta de medicinas y la falta de recursos humanos. También identificaron resistencia de los proveedores de atención como un principal obstáculo de la implantación del SPS. Algunos identificaron la ignorancia o la resistencia de los pacientes como los obstáculos mayores y otros citaron como principales obstáculos los problemas de abasto de medicamentos o insuficientes infraestructura.

La mayoría de los entrevistados señalaron dos aspectos de la reforma que aún no se ha entendido: a) la provisión de servicios catastróficos y b) la creación de los REPSS con contratos de administración. Solo uno de los entrevistados mencionó que en su estado se había transformado el sistema basado en la demanda. Otros piensan que este proceso se está iniciando. A pesar de esto, en Baja California como en prácticamente todos los estados, se había empezado a contratar a proveedores privados. De hecho, a pesar de que en Baja California ya se tiene el Régimen por decreto, es cierto que en los hechos, en muchos otros estados ya se está llevando a cabo un proceso similar con el uso de proveedores privados. La única diferencia que se ha dado en Baja California, es la relativa autonomía de la que goza el REPSS de ISESALUD, la cual es vista de manera distinta por las altas esferas de ambas instituciones.

Mientras en el REPSS se concentran en mejorar la calidad y cantidad de los servicios, en ISESALUD se piensa que debe haber mayor control de parte de la Secretaría para que se puedan financiar los programas priorizados por la propia secretaria, sin las condiciones ni restricciones que implica la autonomía y control de los recursos de parte del REPSS. Por ello es que el futuro del Seguro Popular está más en manos de la parte política que de la parte técnica. Los interesados en usar los beneficios del SP tienen la idea que este puede favorecer la permanencia en el poder, mientras que los técnicos creen que el SP puede financiar al Sistema de Salud independientemente de las consideraciones políticas.

Es claro que cuando se hace un análisis del futuro del REPSS de manera cuantitativa, se carece de certeza sobre el mismo, puesto que ese futuro depende más de decisiones políticas que de la atención a las necesidades de salud. El análisis cualitativo tampoco proporciona certeza sobre lo que ocurrirá, aunque sí plantea escenarios que eventualmente se pueden transformar en políticas sectoriales en salud. En las entrevistas realizadas se pueden

encontrar esas opiniones, algunas veladas y otras francamente visibles sobre lo que puede ocurrir en el futuro con el SP.

A pesar de todo, una de las razones del progreso del SP, ha sido la carencia de un proyecto alternativo convincente, que pueda ofrecer garantías de eliminar las trabas al desarrollo del sistema de salud. La propuesta alternativa que se dio en el DF, prácticamente carece de sustento financiero, porque otorgar servicios totalmente gratuitos no parece factible y sustentable, como ha sido el caso de la SSA en toda su historia.

De acuerdo con la opinión de los expertos entrevistados, en Baja California el Sistema de salud enfrenta retos muy serios para atender a una población cada vez más longeva. La transición epidemiológica y la transición demográfica ya son un hecho, por lo que a futuro se deberán contemplar mecanismos para hacerle frente a las enfermedades crónico-degenerativas, cuyo costo es muy grande, particularmente en lo que concierne a medicamentos.

Los 20 principales problemas que fueron señalados:

- SOBREPESO Y OBESIDAD
- DIABETES
- HIPERTENSION ARTERIAL
- CA.DE MAMA
- ACCIDENTES Y VIOLENCIAS
- DISLIPIDEMIAS
- INFECC. RESPIRATORIAS
- CA. DE CERVIX
- CANCER DE PROSTATA
- ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
- INFECCIONES DE APARATO DIGESTIVO
- INSUFICIENCIA RENAL
- PREMATUREZ Y TRASTORNOS PERINATALES
- HEPATITIS VIRAL
- OTRAS NEOPLASIAS
- DESNUTRICION ANEMIAS
- TUBERCULOSIS
- FARMACODEPENDENCIA
- INFECCIONES URINARIAS
- ARTRITIS.

En resumen los hallazgos principales de las entrevistas y la reunión con los actores centrales del sistema de salud, se pueden manejar en los siguientes mensajes centrales:

- Hay acuerdos entre los directores estatales del SPS de que ha mejorado el acceso de los hogares pobres a los medicamentos y servicios de salud, lo cual se ha acompañado de una mejoría en los tiempos de espera y un mejor acceso a servicios de salud.
- Los usuarios del SPS se manifiestan más satisfechos y han empezado a modificar su mentalidad en el sentido de que son más demandantes con los médicos, lo cual han resentido los proveedores acostumbrados a esquemas de atención determinados por la oferta.
- La creación de la figura “gestores médicos” o defensores de los intereses de los pacientes, ha constituido una medida positiva que ha mejorado la implantación del SPS
- La principal queja entre los directores estatales del SPS, es que los recursos financieros de este seguro se han utilizado para financiar otras prioridades del sector, en lugar de concentrarse en la prestación de servicios de salud a los afiliados.
- Hay preocupación por el hecho de que el gobierno federal se está involucrando cada vez más que en el pasado, en las decisiones sobre la afiliación.
- Tanto en el nivel nacional como en el nivel estatal, los participantes se quejaron de que la política se interpuso en el camino de los criterios técnicos, sobre todo en lo que se refiere a donde enviar el dinero y a quien afiliar.
- Los estados no han sido capaces de crear mercados internos o separar funciones, ante el hecho de que los contratos eran “pactos de caballeros” que no había manera de hacer cumplir. Los recursos financieros siguen siendo enviados directamente a los servicios estatales y no a los REPSS, que siguen sin recibir mayor autonomía fiscal.

CAPÍTULO 5. DISCUTIENDO EL FUTURO DEL SEGURO POPULAR

A partir de los ochenta se empezaron a visualizar grandes reformas en todos los países, inclusive en los Estados Unidos de Norteamérica. Las recomendaciones se convirtieron en un tema de campana antes de la llegada de William Clinton. Sin embargo, el complejo medico industrial de ese país le obligaron a retroceder y la reforma no se concreto. En general, las reformas frecuentemente se han acompañado de malos desempeños de los sistemas de salud. Eso no ha sucedido en México. En general el desempeño del sistema mexicano de salud ha mejorado durante el periodo de negociación, liberación legislativa e implantación parcial de la reforma. Los recursos para la población no asegurada se han incrementado; ha habido una disminución de la inequidad en la distribución de estos recursos entre estados; se ha ampliado la cobertura efectiva para el país en su conjunto y para los asegurados; ha mejorado la satisfacción con la calidad de los servicios y el trato recibido por el usuario; y han disminuido los gastos catastróficos por motivos de salud ante el papel jugado por la secretaria de salud federal y estatales.

A pesar del tiempo transcurrido desde 2005, se puede decir que el SPSS todavía se encuentra en sus fases iniciales de implantación; y que los resultados que ha generado son positivos. El estudio observacional indica que la afiliación al seguro Popular está beneficiando a los grupos más pobres; la utilización de los servicios es mayor entre los afiliados a este seguro y ha aumentado de manera significativa la cobertura efectiva del tratamiento de la hipertensión, la mamografía, la detección de cáncer cérvico uterino y el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas. Esta mejora en la prestación de servicio se ha acompañado del descenso en los gastos catastróficos, que puede deberse a la protección financiera que proporciona el paquete de servicios esenciales SPS y/o las intervenciones que se financian con el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos. También hay evidencia de un fortalecimiento de la oferta en los Servicios Estatales de Salud (SESA). La población no afiliada vive en comunidades que presentan altos niveles de afiliación al SPS y se está beneficiando de este fortalecimiento de oferta de servicios.

Tal vez lo más importante es que se está atendiendo de mejor manera las necesidades de las poblaciones más pobres. El resultado más notable de esta evaluación es que el objetivo fundamental de la reforma, proteger a los hogares mexicanos que incurren en gastos de bolsillo que les generan gastos catastróficos y empobrecedores, parece estarse cumpliendo. Todos los resultados disponibles indican que SPSS está teniendo un efecto protector contra los gastos catastróficos de las familias afiliadas. Este es un hallazgo extraordinario, sobre todo si se toma en consideración el corto periodo de implantación de la Reforma. Se trata de un hallazgo muy estimulante que sugiere que el SPSS está cumpliendo con su cometido.

Los análisis de conglomerados y hogares individuales del estudio controlado, detectaron efectos atribuibles al SPS en las áreas de protección financiera (gasto del bolsillo y gasto catastrófico) y en la satisfacción con los servicios. Como se esperaba, no fue posible a estas alturas, detectar la cobertura efectiva y las condiciones de salud de la población objetivo. Sin duda la siguiente ronda de mediciones proporcionará más evidencias sobre el efecto del SPS en la cobertura de diversas enfermedades y en las condiciones de salud de la población.

Si las administraciones estatales mantienen el SPSS y su sanidad financiera, la expansión de la afiliación conducirá a un incremento sustancial de los recursos que el gobierno federal transferirá a los estados, en proporción directa al número de familias afiliadas. La reforma ha legislado un derecho que, una vez materializado, reducirá la inequidad entre estados en el gasto per cápita por individuo no asegurado. La inequidad no ha declinado de manera importante porque los mayores incrementos de la afiliación están aún por producirse. La expansión del gasto y la reducción de la inequidad en su distribución dependerán de que el gobierno federal sea capaz de movilizar los recursos requeridos, lo que a su vez dependerá de la habilidad de la administración federal 2012-2018 para legislar una reforma fiscal.

La siguiente fase de expansión de la reforma puede presentar retos mayores por dos razones. En primer lugar, las secretarías estatales se han enfocado a aquellas localidades con cierto nivel de infraestructura en salud. El reto de expandirse a comunidades más marginadas, al tiempo que se manejan un volumen creciente de servicios impuesto por la expansión de afiliados al SPS, obligará el despliegue de esfuerzos adicionales para ampliar los recursos disponibles, mejorar la oferta de insumos y mejorar y ampliar la infraestructura física. Los nuevos recursos asociados a la afiliación ayudarán a los estados a cumplir con estos objetivos, pero es un hecho que no va a ser una tarea fácil. En el largo periodo de transición, los estados enfrentarán el reto de mantener altos niveles de satisfacción entre los afiliados que garantice su re-afiliación. Los resultados en la ENSANut 2005-2006, sugieren que la percepción de la calidad de los servicios entre los afiliados al SPS y los no asegurados, no difiere ni era mayor en las comunidades en donde el SPS está disponible. La secretaria de salud federal deberá vigilar que los estados afilien en las comunidades más marginadas y utilicen los recursos adicionales para enfrentar los rezagos en materia de recursos humanos e infraestructura que presentan estas comunidades.

En segundo lugar, la mayor parte de los hogares afiliados al SPS están siendo clasificados como pertenecientes al quintil de ingresos más bajos y, por lo tanto como exentos de la contribución familiar. Una comparación del perfil de ingreso de los afiliados de acuerdo con la información del censo y de acuerdo con la información de la CNPSS, sugiere que muchos hogares que no están ubicados en el quintil de ingreso más bajo, están afiliados como hogares no contribuyentes al SPS. La ley señala que los hogares de los quintiles 2 y mayores deben pagar una contribución familiar que se incrementa con el ingreso. La clasificación de la mayoría de los hogares como hogares del quintil más bajo, no podrá sostenerse en el largo plazo. La expansión y la afiliación del SPS hacia hogares de mayores ingresos supondrán la recolección de la contribución familiar. Estas familias solo estarán dispuestas a contribuir si valoran los servicios recibidos como mejores. En este análisis no se pudieron cuantificar los costos administrativos del proceso de

afiliación, pero es posible que los costos por familia se incrementen conforme la afiliación se expanda hacia los grupos de mayores ingresos y las comunidades más marginadas y las prácticas burocráticas no se combatan adecuadamente..

La reforma ha creado un incentivo muy poderoso para que los estados de la república se preocupen por la afiliación voluntaria. Los afiliados conocen los contenidos del paquete de servicios y demandarán los medicamentos, el personal y el equipo requerido para proporcionar esos servicios. Los consumidores sin embargo, tienden a ser muy malos jueces de la calidad técnica de la atención y tienden a hacer juicios sobre la calidad a partir del trato recibido. Además, la calidad percibida de la atención por parte de los afiliados, difícilmente tomará en cuenta la prestación efectiva de las intervenciones comunitarias o no personales. Por estas dos razones, el monitoreo de la cobertura efectiva, tanto de los servicios personales como no personales de salud, con énfasis en la medición de la calidad técnica, es de suma importancia. México ha avanzado considerablemente en esta área, pero será necesario diseñar informes anuales más sensibles para garantizar que las intervenciones se están proporcionando a la población que las requiere con la calidad esperada. Estos esfuerzos deben continuar y expandirse para capturar de manera adecuada la cobertura efectiva de intervenciones para los padecimientos no transmisibles y las lesiones. Conforme avance la reforma, los incentivos financieros para que los estados se afilien a los hogares habrán de incrementarse. Hay dos efectos adversos relacionados que pueden llegar a producirse si se dedican demasiados esfuerzos a mejorar el trato de los afiliados: se podrían utilizar para este fin recursos originalmente destinados a los no afiliados mientras no se alcance la cobertura universal, y se podría sacrificar la calidad técnica a favor del trato.

El monitoreo de los recursos humanos y la infraestructura es un área que requiere mayores inversiones en el sistema mexicano de salud. En la medida que los recursos humanos y físicos están atrayendo cada vez más atención como responsables de los cambios en el sistema de salud, será importante que la

secretaría de salud invierta en sistemas de monitoreo confiables, para permitir futuras evaluaciones del impacto de la reforma en estas funciones clave del sistema de salud.

La reforma ha creado un mecanismo para garantizar el adecuado financiamiento de los servicios no personales de salud. Dado el grado de avance de la transición epidemiológica de México, con 82% de la carga de la enfermedad concentrada en las enfermedades no transmisibles y las lesiones, será muy importante ampliar el paquete de intervenciones comunitarias y de salud pública que están relacionadas con las principales causas de daño a la salud. La epidemia de obesidad, los accidentes de tráfico y el excesivo consumo de alcohol, son ejemplos de las amenazas que no están siendo bien atendidas por el paquete de beneficios del SPS. Además, la diabetes se está incrementando de manera muy importante y las estrategias vigentes de combate no parecen estar funcionando. Como principal causa de muerte, es necesario formular una estrategia más coherente e incorporarla al paquete de servicios.

La filosofía de la reforma ha sido rediseñar el sistema mexicano de salud para que los diferentes actores cumplan con diversas funciones, más que preservar el actual sistema verticalmente segmentado. Sin embargo, la reforma no ha podido tocar el sistema de seguridad social en México, que hoy concentra 62% de los recursos públicos dedicados a la salud. Las razones políticas que han impedido transformar a este sector son poderosas. Conforme se extienda la implantación del SPS, se reducirá considerablemente la brecha en el gasto per cápita entre la seguridad social y la población afiliada al SPS. Esta educación, si se acompaña de un mejor trato y una mejor calidad técnica de la atención en los Sistemas Estatales de Salud, puede crear oportunidades para negociar cambios mayores en la organización y las funciones del Sistema Mexicano de Salud.

En una entrevista realizada a Julio Frenk, por Alma López, en abril del 2008, el ex Secretario de Salud consideró que el Seguro Popular junto con la creación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, fueron los

aciertos más importantes de su gestión, pero que la aplicación de los recursos en los estados requiere más supervisión y que aunque hubo mucha oposición, inclusive del director del IMSS, Santiago Levy, de cualquier forma el SP contó con toda la aceptación del Presidente de la República y por ello se creó. Otros de los aspectos clave para el funcionamiento futuro del SP es que se deben crear incentivos para que el personal de salud sea más creativo, más productivo y mejore el trato a los usuarios.

CAPITULO 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los diferentes enfoques que se aplican de la globalización hace que prácticamente cualquier persona tenga su propia definición de ella. Por ello no escapa a la atención de este trabajo, que los actores entrevistados tengan en su mayoría una idea centrada en la economía como concepto de la globalización. De hecho, se “podría definir la globalización como un proceso caracterizado por una creciente interpenetración de las economías, motivada a su vez por la integración de los distintos mercados de productos y factores--bienes, servicios, trabajo, capital, tecnología y conocimiento-- que traspasan las limitaciones geográficas y son sustituidos por un mercado mundial en un contexto de paulatina liberalización, desregulación y procesos de integración regional” (Barea y Billon 2002). Esta visualización de la globalización se inscribe en la necesidad de buscar el equilibrio entre economía y equidad, entre mercado y Estado. Pero la globalización se puede concebir como “una acción a distancia llevada a cabo por agentes sociales localmente, con efecto o consecuencias significativas para otras personas distantes” (Giddens 1990).

La globalización tiene una connotación trascendente que va mas allá de los aspectos meramente económicos o comerciales, porque además del flujo de bienes económicos, incluye lenguaje extranjero, leyes y normas distintas y se establecen condiciones para regularizar las distintas formas de interconexión (Held & McGrew, 2003). Las consecuencias derivadas de esos flujos conllevan cambios de patrones culturales entre los distintos grupos que se encuentran relacionados a distancia, de tal suerte que se van creando rasgos de transculturización derivados de las corrientes que en principio tenían una intención económica. Esta consecuencia es una de las principales razones de la llamada respuesta globalifóbica, que entre otras cosas trata de impedir esa penetración considerada ideológica y que se frecuentemente también crea desigualdades entre las naciones.

De las entrevistas se desprende que los actores del sector salud tienen un concepto de la apertura comercial y de la globalización que coincide con la población general; y aunque se aprecia una aceptación al proceso globalizador, no se tiene muy claro sobre cuáles son los beneficios y los perjuicios que traen consigo.

Las principales recomendaciones que surgen del debate sobre la definición social, la implementación y la observación del Seguro Popular en México, serían las siguientes:

1. Continuar con la inversión en la evaluación de SPSS durante su fase de expansión y hasta alcanzar la cobertura universal. Los resultados de estas evaluaciones son invaluable en esta fase de expansión y serán muy útiles para comprender y enfrentar los retos por venir. En términos de evaluación, tanto el estudio observacional como el estudio controlado pueden ser muy útiles como guía para la toma de decisiones.
2. Ampliar las inversiones en estudios o grupos focales para así obtener mayor información de diversos factores claves. La propuesta presentada en este trabajo puede servir de base para futuras discusiones con diversos grupos focales.
3. Evaluar de manera exhaustiva el funcionamiento del fondo contra gastos catastróficos para determinar si está cubriendo a los individuos que califican para recibir sus beneficios y si los tratamientos proporcionados están teniendo el efecto esperado.
4. Comparar el modelo de financiamiento más eficiente para la administración del Seguro popular en Salud (SPS). Los estudios de caso en dos o tres estados con diferentes mecanismos de financiamiento y grados variables de eficiencia en la administración del SPS, generarían evidencias y recomendaciones útiles.

5. Dar seguimiento a la evolución de la cobertura efectiva en los siguientes años. Conforme se amplía la afiliación al SPS, la Secretaría de Salud tendrá que garantizar una mayor cobertura efectiva que se generará solo si mejora la calidad técnica con la que se proporcionan las intervenciones del paquete de beneficios.
6. Dar seguimiento a lo que sucede con el diagnóstico y tratamiento de los pacientes diabéticos en el nivel individual. La cobertura efectiva del tratamiento de la diabetes es un asunto clave del sistema de salud en que el SPSS debe intervenir, sobre todo por el peso de este problema en el perfil de la salud del País.
7. Monitorear los recursos humanos y la infraestructura física durante la fase de expansión del SPS.
8. Medir y dar seguimiento a los costos administrativos del SPS, en particular y el SPSS en general, sobre todo si se toma en consideración la futura expansión de este seguro.
9. Mejorar la clasificación de los hogares por deciles de ingreso en el momento de su afiliación en el SPS, pues se observa que en los dos deciles más bajos de ingresos se asignan mas familias de las que se debiera. Al mismo tiempo será indispensable instrumentar mecanismos confiables para la recolección de las contribuciones de las familias que se ubican en los deciles tres a diez.
10. Asegurar que las familias de los deciles tres a diez estén convencidos de que están recibiendo suficiente valor por el dinero con que contribuyen al sistema, si es que se espera que se reafilie al año siguiente. Esto significa que la calidad percibida de los servicios, el trato que reciben los usuarios y la calidad técnica de la atención deben mantenerse en niveles elevados.

La Secretaría de Salud en general y el SPS en particular, deben enfocar sus esfuerzos en la prevención, diagnóstico y tratamiento efectivo de las

enfermedades crónicas. En general, México está desempeñándose bien en la cobertura de intervenciones materno infantil. Sin embargo, un alto porcentaje (alrededor del 88%) de la carga de enfermedad se concentra en las enfermedades no transmisibles. El desplazamiento del énfasis de los programas de la Secretaría de Salud hacia estas condiciones es crucial. Algunas enfermedades crónicas como hipertensión, hipercolesterolemia, detección de cáncer cérvico-uterino y detección de cáncer de mama, muestran bajos niveles de cobertura efectiva a todo lo largo del País entre los grupos más marginados. Mejorar la cobertura efectiva de estas intervenciones debe de constituirse en una de las principales prioridades de la Secretaría de Salud y del SPS.

Como se ha demostrado a lo largo de la historia, no siempre las decisiones políticas incluyen una instrumentación inmediata. De hecho los actores que intervienen en las decisiones políticas frecuentemente se enfrascan en “regateos y compromisos entre ellos, cuyas perspectivas son casi siempre disímiles. Si la relevancia política tiene algún significado, esta descansa en la relevancia de los participantes de un proceso político complejo (Lynn, 1978). La arena donde se resuelven las diferencias políticas siempre es un conflicto de intereses y el equilibrio se alcanza cuando los actores están de acuerdo en tomar una decisión desde su propia perspectiva y expectativas políticas.

El caso de SP es ilustrativo en la medida que después de algunos años de lanzado por el Gobierno Federal, no se implantó como un mecanismo autónomo en ningún estado de la república excepto en Baja California, que se convirtió en el laboratorio nacional de observación del resto de la federación. En otros estados no solo hubo renuencia a su instrumentación, sino franca oposición, como el caso del Distrito Federal, que planteó un esquema casi opuesto en el que no se aceptó que el programa tuviera una participación monetaria por parte de la sociedad, por tener esta un derecho constitucional de protección a la salud, y por tanto, una obligatoriedad del estado de proporcionar los servicios de salud de manera completamente gratuitas. A pesar del impulso a nivel nacional, el tiempo

transcurrido y de la gran cantidad de estudios y análisis acerca de la bondad del proyecto del SP, aun se encuentran muchas discrepancias en todo el país.

Pensar que el SP se convierta en un instrumento homogéneo a nivel nacional es un tanto aventurado, cuando menos a corto plazo. Por ello se entiende que el curso de los acontecimientos tendrá que ser como lo plantea Lindbloom, pues “para los propósitos de elaboración de políticas se requiere conocer solo las consecuencias de los aspectos en los que cada política difiere” (Lindbloom, 1959). En ese contexto es trascendente la experiencia bajacaliforniana, que puede compartir sus resultados con el resto del país, aunque tendrían que sumarse las compartidas por gobiernos de origen partidista distinto.

Para que el SP prospere en todo el país, será necesario analizar las probables diferencias entre experiencias, examinando las consecuencias diversas que resultarían respecto de las consecuencias de las políticas previas. Será un programa viable cuando su implementación pueda basarse en una larga secuencia de cambios incrementales (Lindbloom, *ibid*). Este análisis incremental, limitado y sucesivo no ofrece soluciones exhaustivas e instantáneas del problema público. Sin embargo, una experiencia exitosa tiende a reproducirse y generalizarse, de tal suerte que aunque no fuera una decisión basada en la teoría y el análisis, si lo puede ser por los resultados y capital político. Aun cuando los decisores en el resto del país no tengan claro todos sus alcances, el solo hecho de constituir un proyecto capitalizable en el campo político electoral por ejemplo, es más que atractivo. El gradualismo propuesto por Lindbloom, parece ser el esquema teórico más congruente con la propuesta actual del SP como solución a los obstáculos de inequidad, insuficiencia e Inseguridad del Sistema Nacional de Salud.

7. BIBLIOGRAFIA

Las siguientes obras han servido para estructurar las principales ideas que conforman este trabajo, han sido inspiración y guía para llegar a fondo del eje central de la tesis planteada.

ALMOND GA, COLEMAN JS (1960). **The Politics of the Developing Areas**. Princeton University Press. Princeton NJ.

ARREDONDO A. (2002). El financiamiento a partir de la descentralización del sistema de salud en México. 1ª, ed. INSP. Cuernavaca Mor.

ARREDONDO A. Orozco E. (2006). Effects of health decentralization, financing and governance in Mexico. En: www.scielo.br/scielo.php?script=sci.

ANDERSON GF, Poullier JP.(1999) Health spending, access and outcomes: Trends in industrialized countries. Health aff. 18:178-192.

ANDERSON J. O'Dowd (1999), Fronteras, regiones fronterizas y territorialidad. Regional studies. Vol. 337 pp 593-604

ACEMOGLU, D.,Johnson, S.,Robinson,J.A..(2001) *The colonial origins of comparative development: an empirical investigation*. American Economics Review 91, 1369-1401.

BAJA CALIFORNIA, Gno. Del Edo. (1997). Decreto por el cual se constituye el organismo público descentralizado denominado: "Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD)". Ejec. Est. Diario Oficial de la Federación.

BAMBIRRA V. (1974). El Capitalismo Dependiente latinoamericano. Ed. Siglo XXI. Mex.D.F.

BARAN P.A. (1974). "The political economy of growth". Monthly Review Press. NYNY.

BARDACH, E. (2004). "Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas". Un manual para la práctica. Tercera reimpresión. Ed. Porrúa. México DF.

BAREA M, BILLON, M. (2002). Globalización y nueva economía. Ed. Encuentro pp 8-9. Madrid Esp.

BARRAZA-LLORENS M, Bertozzi S,(2000). "adressing inequity in Health and Health care in Mexico". Health Affairs. 21(3) 47-56

- BARDHAM, P. *Does Globalization Help or Hurt the World's Poor?* Scientific American april vol.294 num.4 pp. 2006.
- BELL D. (1976). **The Coming of Post-Industrial Society. A venture in social forecasting.** Basic Books. NY NY.
- BENNETH D, et al. (1978) "Mexico and multinational corporations: an explanation of state actions" in Grunwald Joseph (Comp) **Latin America and World economy: A changing International Order.** Sage Publications beverly Hills Ca.
- BLATTER J. "Beyond hierarchies and networks": Institutional Logics and Change in Transboundary Spaces. Metropolitan Governance in Germany. U. de Konstance.
- BRADSAW , B.S. (1985), "Mortality level in the hispanic population along the southern border of the United States". Binational symposium on population issues at the United States Border, Tijuana B,C. El COLEF.
- BRONFMAN M, et al. (1997). Del "cuanto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México. Vol.39: 442-450. Cuernavaca Mor.
- BROWN LEE A. (1999) Promoting health systems research as a management tool. IDRS Ottawa Can. WHO Geneva Switzerland.
- BROWN LESTER. (1988). **El Estado del Mundo.** FCE. pp 87-121. Mexico DF.
- BUENO DE MESQUITA B, Root H. L(20000 "*When bad economics is good politics*". En Bueno de Mesquita, B, Root HL..**Governing for prosperity.** Yale University Press. New Haven.
- BUSTAMANTE, J. Cockroft, J,D. (1983), "Unequal Exchange in the binational relationship: the case of immigrant labor"en C. Vazquez & M. Garcia Griego, Mexican **United States relations. Conflict and convergence**, los Angeles UCLA.
- CAPORASO J.A.(1978) Dependence, Dependency and power in the Global System.: A structural and behavioral Analysis. International Organization 32 No 1. pp13-43.
- BUSTAMANTE,J. (1989), "Frontera México-Estados Unidos" reflexiones para un marco teórico. "Frontera Norte"1, 25-49.
- CASSELS A. (1995) Health sector reform: key issues in less developed countries. J Int Dev. 7:329-347

CHACON SFJ. (1992). El efecto del TLC a la salud y a los sistemas de salud en Mexico: Un marco de referencia. Salud Fronteriza. Vol VIII Num.1: 18-23.

CLEMENT NC, Pool JC, Carrillo MM. **Economía. Enfoque América Latina.** 2a ed. McGraw Hill.México 1982.

CLAGUE C. (1997) The New Institutional Economics and economic development. "From Physical Capital to Human Capital to Social Capital". World Bank. Washington DC.

COBB R, ELDER Ch. (1973) The dynamics of agenda building. The American Political Science Review. Vol 67 pp1009-1010.

COHEN J.L, Arato A.(2001). **Sociedad civil y teoría política.** FCE. México D.F.

COLLIER D. (comp). (1979). **The New Authoritarianism in latin America.** Princeton University Press. Princeton NJ.

CONGRESO DE LA UNION. IXL Legislatura. Programa de Seguro Popular. Centro de Estudios Sociales y Opinión Pública. México DF.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACION (1990-2004). Indicadores Socioeconómicos. Índice y Grado. CONAPO. Mex. DF.

COSTA-FONT J. Rubert G. (2008). ¿La globalización económica perjudica la salud? Comercio Exterior. Feb. Vol.58. num. 2. México DF.

DEL CASTILLO G. (1988)"Del sistema generalizado de preferencias a un acuerdo bilateral de libre comercio" Comercio exterior Vol. 36 num. 3 pp230-240.

DEL REAL O. (2008). Comunicación personal. REPSS BC. Abril 2008, Mexicali B.C.

DE LA MADRID M.(1982). **Los grandes problemas nacionales de hoy, el reto del futuro.** Ed. Diana. Mex. D.F.

DOF. (2003), Decreto de Creación de Protección Social en Salud. 15 de mayo. Mexico D.F.

DONABEDIAN A.(1988). **Los Espacios de la Salud. Aspectos Fundamentales de la Organización de la Atención Médica.** FCE. México D.F.

DORNBUSCH R. Fisher S. **Macroeconomía.** 3a ed. McGraw Hill

EASTERLY,W, Levine R. tropics, germs and crops: how endowments influence economic development. National Bureau of Economic Research. En: <http://www.nber.org/papers/w9106>.

- ECKHOLM E. (1993). **Solving America's Health Crisis**. Times Books. NY NY.
- FILIBI,I., Ferrero,M. La contradictoria emergencia de un constitucionalismo transnacional. Las dos caras de Jano en Europa. Actas del Congreso de Bilbao. 19-21 de noviembre 2003.
- FILIBI,I., Ferrero,M). La falsa dicotomía entre economía y política: problemas de legitimidad del nuevo régimen mundial de comercio. Actas de las XX Jornadas de la Asociación Española de Profesores de Derecho Internacional y Relaciones Internacionales. 2005.
- FREIRE, J (1993). Cobertura sanitaria y equidad en España". En el I Simposio sobre desigualdad y distribución de la riqueza. >Fundacion Argentaria. Facultad de Ciencias económicas Universidad Complutense de Madrid.
- FRENK,J.(1987). "El Financiamiento como Instrumento de Política Publica". Bol of Sanit Panam. 103: 719/725
- FRENK,J.(2003) Dimension of Health System Reform. Health policy. 27:19-34.
- FRENK, J. (2005) en **la salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad para todos**. FUNSALUD.
- FRENK, J. et al.(1991). Elementos para una teoría de la transición en salud. Salud Pública de México..# 5 sept.-oct. Cuernavaca Mor.
- FRENK, J. González Pier, E. et al. (2006) "comprehensive reform to improve health system performance in Mexico." Lancet 368(9546):1524-34
- FRENK, J., Sepulveda J. et al. (2003). "Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico." The Lancet 362: 1667-71
- FRENK,J, Lozano R, González-Block MA(1994). **Economía y Salud**. Propuestas para el avance del Sistema de salud en México. Fundación Mexicana para la Salud. México DF.
- FRENK.J., Gómez Dantés O. et al.(1993). El Tratado de libre Comercio y los servicios médicos: elementos para el análisis y la negociación. Academia Nacional de Medicina. México D.F.
- FRENK.J.(2005). El Seguro Popular, impulsor del desarrollo con rostro humano. Salud BC. #13 agosto 2005. Mexicali BC.
- GADIKOU E, Lozano R.et al (2006). "Assesing the effect of the 2001-2006 Mexican Health Reform: an interim report card. Lancet 368: 1920-1935.

GARRRET. G. Global markets and national Politics. In Held and McGrew's **The Global Transformation reader**. An introduction to the globalization Debate. 2nd. Ed. Polity Press./ Blackwell Publishing Ltd. 2003.

GIDDENS, A, (1990). **The Consequences of Modernity**. Cambridge, Polity Press.

GOMEZ DE LEON J, PARTIDA V.(1992) "niveles de mortalidad infantil y fecundidad por entidad federativa". Centro de estudios de Poblacion y Salud. SSA. Mex. D.F.

GONZALEZ-BLOCK MA. (1990). Génesis y articulación de los principios rectores de la salud publica de México. Salud Publica Mex. 32:337-351.

GONZALEZ-BLOCK MA. (1992). La descentralización de los servicios de salud en México. Alcances y limitaciones. Salud Pública de México. 34: 117-125.

GONZALEZ-BLOCK MA, Mercado FJ, Ochoa H, Rivera H, Idrovo Aj.(2008). Utilización de la investigación por gestores de salud: desarrollo y validación de una herramienta de autodiagnóstico.

GRANADOS,JA. *Tetelboin C, Torres, A (2006)*. "Salud y seguridad social en México. Redefiniciones en la política sanitaria e impacto en la provisión de servicios. ¿Hacia donde va la salud de los mexicanos? Foro de debate de Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción. OPS, UAM Xochimilco, UNAM, FESZ,IPN. México DF.

GREEN j, Thorogood N.(2004). **Qualitative methods for health research**. Sage Publications London UK.

HELD, D. Cosmopolitan: Taming Globalization. En **The Global Transformation Reader**. An introduction to the globalization Debate. Held D, McGrew A eds. Polity :Pres- Blackwell Publishing Ltd. 2003.

HENDERSON D.A. (1991). Prioridades en salud: Problemas por resolver y nuevos retos. Salud Pública de México..# 5 sept.-oct. Cuernavaca Mor.

HERNÁNDEZ-PEÑA P, Zapata O, Leyva R, Lozano R.(1991). Equidad y Salud: Necesidades de investigación para formular una política social. Salud pública Mex .vol 33-1.

JACQUES- BONAFONT L, (2004). **Redes de Políticas Públicas**. Cis-Siglo veintiuno editores. Madrid.

JAMAIL, M.H. (1981), "Voluntary organizations along the border". En Kauffman S. **Mexico-United States Relations**. Preager. NY.

JESSOP B.(2002), "Time and space in the globalization of capital and their implication of state power" *Rethinking Marxism*. Vol. 14 # 1 (spring 2002).

KNAUL.,F, et al. (2003). "El sistema de protección social en salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares" en F, Knaul y G. Nigenda **Caleidoscopio de la salud**. FUNSALUD . México D F.

KNAUL, F. et al. (2005).Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del seguro popular en salud en México. *Salud Pública de México*. Vol 47 supl. 1:S54-S65. Cuernavaca Mor.

KNAUL, F. et al. (2005).Proteccion financiera en Salud: Mexico 1992 a 2004. *Salud Pública Mex*. Vol.47/No 6

KNAUL, F, Frenk J. (2005). "Health insurance in Mexico: Achieving Universal Coverage Through Structural Reform. *Health Affairs*. 24(6): 1467-76.

KUMATE J, ET AL. (1994). Fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Proyecto de Desarrollo de Jurisdicciones sanitarias. *Salud Publica Mex*.vol 36(6) : 673-693.

KNOX,P. Agnew,J. McCarthy L.(2003). **The Geography of the world Economy**. 4ª Ed. Arnold Publishers, London, UK,

KUZTNETS, S. (1964) **Aspectos cuantitativos del desarrollo económico**. 2ª edición CEMLA. México DF.

LAURELL, A,C. Ortega ME. (1991). El impacto del Tratado de Libre Comercio en el sector salud. Documentos de trabajo. Fundación Friedrich Eberth. México DF.

LAURELL, A,C. (2005). En *Seguro Popular siete perspectivas*. Gómez-Dantés O. ed. Cuadernos de Salud Pública. INSP. Cuernavaca Mor.

LARA A. GOMEZ-DANTES O. Urdapilleta O, Bravo ML. (1997). Gasto federal en salud para personas no aseguradas.: México 1980-1995. *Salud Pública de México*. Vo.I 39.102-109. Cuernavaca Mor.

LINDBLOOM C.E, (2000). La ciencia de salir del salir del paso. Citado en Aguilar Villanueva L. **"Colección antologías de políticas públicas" segunda antología**. Ed. Porrúa México D.F.

LYNN, L.E jr. (1978). "The question of relevance" en Lynn, L.E. Knowledge and Policy: **The Uncertain Connection**. Washington, D.C.: National Academy of Sciences.

LOPEZ-ACUÑA D (1980). **La salud Desigual en México**. Siglo XXI eds. México D.F.

LÓPEZ A,O. Blanco G,J.(2006).Distintos caminos para avanzar en la protección a la salud: "El programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (Distrito Federal) y el Programa de Seguro Popular de Salud (Nacional)". ¿Hacia donde va la salud de los mexicanos? Foro de debate de Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción. OPS, UAM Xochimilco, UNAM, FESZ,IPN. México DF.

LÓPEZ A. (2008). Todo por el poder privado. Entrevista a Julio Frenk. Expansión pp69-71. México DF abril 2008

LORA J, MALLORQUIN C (1999). **Prebisch y Furtado: El Estructuralismo Latinoamericano**. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Instituto de Ciencias Sociales y humanidades.

LOWI T.(2000). Políticas públicas estudio de caso, citado en Aguilar Villanueva L. "**Colección antologías de políticas públicas**" segunda antología. Ed. Porrúa México D.F.

MALPICA DE LAMADRID,L. **¿Qué es el GATT?**. Ed. Grijalbo Mex. DF. 1986

MARINA,C,D. (2007). Sistema de Salud de tres países (Israel, Colombia y Argentina). En www.monografías.com/trabajos11/arsisalud.

MENDENHALL. W. REINMUTH.J.(1981). **Estadística para Administración y Economía**. 3ª. Ed. Ed. Iberoamericana. Mex. DF.

MILLS A. Bennet S, Russell S. (2001) **The challenge of Health Sector Reform: what must goverments do?**. Sainy Martin Press. NY NY.

MILLS, A. (2007). Strategies to achieve universal coverage: are there lessons from middle income countries? H.S.K. Network, Geneva. WHO.:46

MUSGROVE P. (1990.). Reflexiones sobre la salud y el desarrollo. En "la salud y desarrollo" Banco Mundial.

MUSGROVE P. (1990.). The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. Int J Health Serv. 17(3) 411-441.

- NARRO, J.(. 2005). Rezagos y retos de la salud. En Fundación Mexicana para la Salud. La salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad para todos pp105-112. México DF.
- NIGENDA G: Lopez Ortega M, Mattarazo C, Juarez RamirezC. (2007) la atención de los enfermos y discapacitados en el hogar. Retos para el sistema de salud mexicano. Salud Publica Mex. 2007
- NIGENDA G. et al. (2006) Interacción público-privada en la prestación de servicios de salud en México. México. Fundación Mexicana para la salud A.C.
- NIGENDA G. Ruiz JA. (1999). "The decentralization of Human Resources and the Health System in Mexico" WHO. Human Development Journal. 1999:11
- OECD (2005) OECD Reviews of Health Systems, MEXICO pp 108-123, Paris France.
- OMRAN Abdel, R. (1971). The epidemiological transition. A theory of population change. The Milbank memorial Fund Quarterly. #9 (4) 509-538.
- OCHOA H. (2007) Are the reforms of health sector responding to Latin America's health challenges? The case of Mexico's Seguro Popular. www.globalforumhealth.org.
- OJEDA O. (1981), México y los Estados Unidos ¿Interdependencia o dependencia de México? En González M, La frontera Norte, Op. Cit.
- ONU. (2000). Metas del milenio. En: www.un.org/millenniumgoals.
- OPS (1990) **Los Sistemas Locales de Salud**. Paganini JM, Capote mir, R edits. Publicación científica 519. Washington DC.
- OPS. (1981). "Salud para todos en el año 2000". Plan de Acción para la Región de las Américas. Washington DC.
- OPS (1997) "Municipios Saludables". Washington DC.
- PARSONS T. (1959). Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. En : Jaco,E. Gartly. (eds) : Patients, physicians and illness: a sourcebook in behavioral science and health.
- PERIODICO OFICIAL DEL GOBIERNO DEL EDO. DE BAJA CALIFORNIA (2005). Decreto del ejecutivo mediante el cual se aprueba la creación del REGIMEN DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD DE BAJA CALIFORNIA
- PODER EJECUTIVO FEDERAL.(1983) PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1983-1988. Diario Oficial de la Federación.

PODER EJECUTIVO FEDERAL (1989) PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1989-1994. Diario Oficial de la Federación

PODER EJECUTIVO FEDERAL (1995) PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1995-2000. Diario Oficial de la Federación

PODER EJECUTIVO FEDERAL (2001) PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2001-2006 Diario Oficial de la Federación

PODER EJECUTIVO FEDERAL (2007) PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2007-2012 Diario Oficial de la Federación

PUENTES-ROSAS, E. et al. (2005). Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de los usuarios. Salud Pública de México. Vol 47 Supl. 1:S12-S21.Cuernavaca Mor.

RAPLEY M. (2003) Quality of Life Research. A critical introduction. London. Sage

RICO FERRAT, (1981), "La Frontera Mexicano-Norteamericana, la retórica de la interdependencia y el problema de las asimetrías en M. González Salazar, La frontera Norte, el Colegio de México.

RIVERA V.H., Vargas A.R,C.(1993), "La problemática fronteriza en salud. En **Integración y Fronteras**. Aristizabal y Martens (comp.) núcleo de investigación y desarrollo fronterizo UNET, San Cristóbal Venezuela. 252-263.

ROBERTS, MJ. (1993). **Your Money or Your Life: The health Care Crisis Explained**. Doubleday Publishers. NY.

ROEMER, J, E. (1980). "Inequality, exploitation, justice and socialism: A theoretical-historical approach" Cowles Foundation discussion papers 545.Cowles Foundation, Yale University.

ROMERO, A,H. (1992) Conferencia magistral en la sesión inaugural del "L Aniversario de la Fundación de AFMES" Tampico Tamaulipas.

ROSS, M.(1999.) *The political economy of the resource curse*. World Politics 53. jan.1999.

SAGAN C.(1998.) Miles de millones. Barcelona. ed.B.S.A.

SARTORI G. (1992). Elementos de Teoría Política. Ed. Alianza. Madrid. Esp.

SARTORI G. Mazzola G,(2002). La tierra explota: sobrepoblación y desarrollo. Madrid Esp. Ed. Taurus

- SARTORI G. (2003). ¿Que es la Democracia?. FCE. México DF.
- SLACK K, Savedoff W D. (2000). Public purchaser-private provider contracting for health services: examples from Latin America and the caribbean. ID. SDS Technical paper.
- STODDARD, E.R. (1983), "Structural and functional approaches to border policy making". En Martínez., Utton, E. Miranda M. (comps). **Una frontera, dos naciones**. México ANUIES.
- SECRETARIA DE SALUD. (2000) Recursos para la salud en unidades de la Secretaria de Salud. Sistema Nacional de Salud). Salud Pública de México. 42(1) 68-76.
- SECRETARIA DE SALUD. Programa Nacional de salud. 2001-2006 Mex.DF.
- SECRETARIA DE SALUD. SINAIS/ SICUENTAS.(2001) Consultable en : www.salud.gob.mx/apps/htdocs/sicuentas
- SPSS. (2007). Evaluación de Efectos/ cuatro.
- TAMEZ G, S. Valle A, RI. (2001) "Programa Nacional de Salud 2001-2006 y Aval ciudadano; Acciones de participación social en el Sistema de Salud para construir ciudadanía. ¿Hacia donde va la salud de los mexicanos? Foro de debate de Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción. OPS, UAM Xochimilco, UNAM, FESZ, IPN. México DF.
- TOURAINÉ Alan. (2001) Como salir del neoliberalismo, en Más allá del Neoliberalismo, Polito Press, Cambridge Inglaterra.
- UGALDE F. (1975), "Regional political processes and Mexican politics on the border", en Stanley R R. (eds) The United States and Mexico, Albuquerque NM.
- UNICEF.(2003) State of the world children 2002:leadership. En: www.unicef.org
- U.S. Gov. (1993). **The president's health security plan**. The Clinton blue print. Ed. timer books, the random house inc. Ny.Ny.
- VEGA CG (1988). "El Acuerdo de Libre Comercio Canadá-Estados Unidos, implicaciones para México y otros países en desarrollo". Comercio Exterior. No.3 pp 212/218.
- VERA G. F et al. (2005). Baja California, el primer e
- UNAM (2005), Catálogo de Especialidades Médicas. México D.F.

- WAGSTAFF. A. (2001). Poverty and health. Commission on macroeconomics and health. Working paper. WHO. 1:33. Geneva Switz.
- WALT G. Gilson L.(1994). Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy and planning. Health Policy and Planning.9:353-370
- WARNER,D.(1991),Issues at the US-Mexican Border"JAMA. 265: 142-147
- WARNER,D.(1990), "Mexican provision of health and human services to American Citizens: barriers and opportunities. Washington, Commission for the study of International Migration and Cooperative Economic Development.
- WEBER M.(1984.) **la ética protestante y el espíritu del capitalismo**. Ed. Premia Puebla Mex.
- WEINTRUB S.(1987) **¿Libre Comercio entre Mexico y Estados Unidos?**. Ed Diana. IBAFIN Mexico D.F.
- WEINTRUB S.(1989). **México ante el Acuerdo de Libre Comercio Canadá-Estados Unidos**. Ed. Diana. Mex DF.
- WHO.(1997) The Jakarta Declaration on Health Promotion into XXI Century. Jakarta Indonesia, Jul.
- WHO (1978),. Declaration of Alma Ata: Report on the International Conference on Primary Health, Alma Ata ISSR.
- W.H.O. Commission on Macroeconomics and Health, Final report. 2001. en <http://www.cmhealth.org/wq1>
- WHO (2001). Health manpower research: report of a subcommittee of the advisory committee on health research, 28th session. Geneva,
- WHO (2004).World Report on knowledge for better health. Strengthening Health Systems. ISBN 92 4 156281 1. Geneva Switzerland.
- WILLIAMSON J.(1989). **Latin American Readjustment: How Much has Happened**. Washington, Institute for International Economics.
- WILLIAMSON J (1989)."What Washington Means by policy Reform". Washington, Institute for International Economics.
- WORLD Bank. Size of the economy. World Development Indicators.2004
- YESUDIAN CAK. (1994). Behaviour of the private health sector in the health market of Bombay. Health policy and planning. 9(1) ; 72-80.

ANEXOS

CARTA DE ACEPTACIÓN DE LA ENTREVISTA

Estimado participante,

Como usted sabe nuestro país ha instrumentado el programa del Seguro Popular con el propósito de alcanzar la cobertura universal de los servicios de salud.

Baja California fue el primer estado de la Republica en decretar la creación del régimen de Protección social en salud.

El presente es un estudio autorizado por el programa de Maestría y Doctorado en Estudios del Desarrollo Global que ofrece la UABC en colaboración con un consorcio de universidades. Con el trabajo se pretende tener una visión sobre el futuro del REPSS tanto en el estado como en el país.

Usted fue contactado por ser una persona involucrada en este programa y su visión de experto es fundamental para examinar el panorama que se tiene para este programa y su futura evolución.

Tenga la plena seguridad que la información que usted provea para este estudio será completamente confidencial y de ninguna manera comprometen su posición laboral ni serán usadas con otro fin que no sea el académico.

De antemano agradezco su participación y buena disposición para llevar a cabo esta entrevista.

ACEPTO PARTICIPAR EN LA ENTREVISTA

NOMBRE

Firma

Lugar

Fecha

GUÍA DE LA ENTREVISTA

Después de explicar el motivo de la entrevista y de conseguir el consentimiento así como la autorización para grabar la entrevista se procede a tomar los datos de:

FICHA DE IDENTIFICACION DEL ENTREVISTADO

NOMBRE

EDAD

PUESTO ACTUAL

PUESTO DURANTE EL ÚLTIMO SEXENIO ESTATAL

FECHA DEL PUESTO

ENTREVISTA REALIZADA A DECISORES EN SALUD DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA OBJETIVO: *Analizar* el marco de influencia que ha tenido la globalización y la apertura comercial sobre BC y su sistema de salud.

Supuesto: el hecho de BC sea el único estado de la República donde se ha instrumentado el REPPS, está determinado por su localización geográfica, la vocación progresista del estado que condiciona aspectos socioeconómicos, socioculturales y políticos que han hecho posible la instalación del REPPS en BC.

Preguntas a realizar:

- 1) Por favor describa todo lo que sabe sobre la globalización.
- 2) ¿Cuál es su opinión sobre ella?
- ¿De qué manera cree usted que el TLC y la apertura comercial han contribuido al crecimiento y desarrollo del país.
- 3) Por favor describa todo lo que sabe sobre el Seguro Popular
- 4) Conoce algún sistema de salud en el mundo que haya hecho algo semejante a la propuesta del Seguro Popular?
- 5) Describa por favor su opinión sobre el TLC y la apertura comercial en el contexto socioeconómico de México.
- 6) Describa por favor su opinión sobre el TLC y la apertura comercial en el contexto de la Salud Pública de México.

- 7) Describa por favor su opinión sobre lo que ha significado para el Estado de Baja California los procesos de globalización.
- 8) Describa por favor su opinión sobre lo que ha significado para el sector salud del Estado de Baja California los procesos de globalización.
- 9) Visualiza usted a los bajacalifornianos diferentes al resto de los mexicanos en términos sociales, culturales, económicos y políticos.
- 10) Han sido estas diferencias importantes para el Establecimiento del REPSS en BC

Preguntas a realizar:

- 11) Por que se acepto según usted la instalación del REPSS
- 12) Por que se acepto por la institución la instalación del REPSS
- 13) En que condiciones sociales, políticas, económicas se dio el decreto
- 14) Quienes fueron los actores fundamentales en la creación del REPPS en BC
- 15) Hubo grupos a favor o en contra
- 16) Hubo debate para su instalación
- 17) Qué papel jugaron los medios
- 18) Qué papel jugo el Congreso Qué papel jugaron los partidos políticos
- 19) Se visualizo el REPSS como parte de una Reforma Nacional de Salud

OBJETIVO: Explorar el desarrollo que ha tenido el SP en BC y sus posibles ramificaciones y modificaciones en el futuro mediano e inmediato así como en el largo plazo.

Supuesto: A pesar de haberse aceptado de manera muy expedita, el SP se decreto e instrumento el REPPS casi de inmediato, esta siendo cuestionada su operatividad efectividad y valía, opiniones vertidas por diversos medios tanto de tomadores de decisión como por usuarios, por lo que inevitablemente el SP en BC sufrirá cambios, bajo las recomendaciones que proceden de esas opiniones.

Preguntas a realizar:

- 20) De acuerdo con usted cuales han sido los principales obstáculos que enfrenta el REPSS
- 21 Desde su opinión hay obstáculos que enfrenta el REPSS. Si es así, ¿cuáles son los principales obstáculos?
- 22) Desde su opinión cómo debió haberse establecido el REPSS en Baja California.
- 23) Desde su opinión se cometieron errores en el establecimiento del REPSS. Si es así, ¿Cuáles son los errores?
- 24 Desde su opinión se han corregido los errores en el establecimiento del REPSS. Si es así, 25)¿Cuáles se han corregido?
- 26) Desde su opinión ¿Qué cambios deben darse para que el REPSS funciones de manera óptima?

OBJETIVO: Explorar el efecto que la experiencia BC tendrá sobre el SNS.

Supuesto: el hecho de que BC haya sido pionero en la instrumentación del REPPS significa que se está observando como un laboratorio a nivel nacional y que cada estado ira sumando la experiencia de BC con las propias adaptando a su entorno los procesos. Eventualmente surgirá de todos las propuestas un sistema nacional que sea mas efectivo para reducir la inequidad, reducir la insuficiencia que carga el SNS, atenuar o cancelar los gastos catastróficos en los que incurren millones de familias en México

Preguntas a realizar:

- 27) Desde su punto de vista ¿Funciona el Seguro Popular en Baja California?

- 28) ¿Por qué sí o por qué no?
- 29) Desde su punto de vista el seguro popular es la solución para la inequidad, insuficiencia e inseguridad que se observa actualmente en el Sistema Nacional de Salud?
- 30) Desde su punto de vista ¿El seguro popular podrá funcionar a nivel nacional?
- 31) Desde su punto de vista ¿Qué se tendrá que adecuar en Baja California para el buen funcionamiento del seguro popular?
- 32) Desde su punto de vista ¿Qué se tendrá que adecuar en el país para el buen funcionamiento del seguro popular?

ENCUESTA PARA LA PRIORIZACION DE PROGRAMAS QUE DEBE INSTRUMENTAR EL SISTEMA DE SALUD EN BAJA CALIFORNIA SOBRE LAS QUE DEBE EL SEGURO POPULAR PRIVILEGIAR LOS RECURSOS.

Primera parte: Considerando que los recursos son siempre limitados y que deben orientarse todos los esfuerzos hacia la solución de los problemas más apremiantes, cuales considera usted que son los 10 problemas en los cuales su institución debe enfocar sus recursos. Tome en cuenta tanto la morbilidad como la mortalidad, así como las expectativas a mediano y largo plazo que habrán de ocupar la atención del sector salud del cual su institución es parte importante.

Segunda parte: Esta es la lista completa de problemas seleccionados por todo el grupo de expertos aquí reunidos. De nuevo le solicito que sea usted tan amable de escoger los 20 problemas más importantes que considere usted que serán los más sensibles en el futuro inmediato y que tendrán que ser abordados por el sistema de salud.