



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ECONOMÍA

**“EL SISTEMA DE SALUD EN
MÉXICO Y EL PAPEL DEL SEGURO
POPULAR”**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ECONOMÍA**

**PRESENTA:
ANA LAURA GÁLVEZ CRUZ**



**ASESORA:
DRA. ALEJANDRA PATIÑO CABRERA**

MÉXICO, D.F.

JUNIO DE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatorias

Dedico esta investigación a Dios, a mis padres Laura Cruz Castillo y Elioth Gálvez Avilés, a mis hermanos Oscar y Yarla Gálvez Cruz, a mis sobrinos Mariana y Jorge Lozano Gálvez, a mi novio Gonzalo Domínguez Dyck por ser el gran apoyo en mi vida, por su amor incondicional, comprensión, paciencia y su motivación para realizar esta Tesina, a ustedes les dedico esta investigación, los amo.

A mi tía Eva Beloglovsky Shiller por impulsarme a ser mejor y a mis amigos por su apoyo y cariño, los quiero mucho.

Agradecimientos

A Dios:

Por darme la vida y por permitirme realizar esta investigación.

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

Por su enseñanza invaluable y por pertenecer a esta máxima casa de estudios.

A la Facultad de Economía:

A todos mis maestros que me brindaron sus conocimientos y formaron parte de mi formación académica.

A mi Tutora Dra. Alejandra Patiño Cabrera:

Por su dirección y su apoyo durante toda la realización de esta Tesina y a quien admiro y respeto, muchas gracias, la quiero mucho.

A mis Sinodales Mtra. Josefina Valenzuela Cervantes, Dra. María Eugenia

Romero Ibarra, Mtra. Claudia Montserrat Martínez Stone y al Mtro. Daniel Navarrete Hernández:

Por la revisión, comentarios y aportaciones para mejorar esta Tesina.

A mi Prof. Rubén Valbuena †:

Por todas sus enseñanzas, aportes y consejos, lo extraño.

ÍNDICE	pág.
INTRODUCCIÓN	1
Justificación	2
Objetivos Generales	3
Objetivos Particulares	4
Hipótesis	4
 CAPITULO I. Historia de la Seguridad Social.....	 5
El Institucionalismo como punto de partida de la Seguridad Social	8
Institucionalismo.....	12
 CAPITULO II. Antecedentes.....	 17
Algunos Conceptos y Definiciones.....	17
El Banco Mundial	17
La Organización Mundial de la Salud	17
Previsión Social	19
Seguridad Social	20
 CAPITULO III. Historia de la Salud en México	 26
La reforma del Sistema Nacional de Salud.....	34
Programas Nacionales de Salud 1982-2000	36
El periodo 1982-1988	36
El periodo 1988-1994	38
El Periodo 1994-2000	39
Sistema Mexicano de Salud	41
 CAPITULO IV. Seguro Popular.....	 45
Objetivos del Seguro Popular	45
Antecedentes del Seguro Popular	48
Objetivos Instrumentales	49
Estructura Organizacional.....	49
Manejo de Recursos.....	49
Beneficiarios	51
Cuotas	52
La semana de la seguridad social.....	53

CAPITULO V. Conclusiones y recomendaciones.....	55
Inconvenientes alternos en el sistema de salud.....	59
Recomendaciones	60
Bibliografía	62
Páginas web	65

INTRODUCCIÓN

La economía mexicana se vio modificada con la aplicación del decálogo de reformas estructurales y disciplinas macroeconómicas recomendadas por los organismos financieros internacionales al mundo en desarrollo, que John Williamson sintetizó en el Consenso de Washington en los años noventa del siglo XX.

El decálogo comprende la liberalización del comercio exterior, del sistema financiero y de la inversión extranjera, y en que todo direccionara la economía hacia los mercados externos, a la privatización de las empresas públicas, desregulación de las actividades económicas, y una estricta disciplina fiscal, en donde se cancela el papel activo de la política fiscal para regular el ciclo económico, una reforma fiscal orientada a reducir las tasas marginales de impuestos a los ingresos mayores y a desregular los derechos de propiedad.

Este enfoque liderado por el Fondo Monetario Internacional y por el Banco Mundial presentó una vía contraria con respecto de la estrategia económica por la que se había optado en México, durante 50 años antes de que se tomara en cuenta este Consenso.

En los años treinta, México se había sustentado en una economía de mercado con un gran intervencionismo de Estado como promotor del desarrollo económico como regulador del comercio exterior y del mercado interno de bienes y servicios básicos, así como en la realización de inversiones en áreas donde se fortaleciera el bienestar social.

Ante esto, al llegar al siglo XXI encontramos que los servicios de salud han pasado por un proceso de transición, en el que gran parte de la población del país no cuenta con servicios de salud.

Es notable el retroceso que en el concepto de Salud ha habido a través de los

años. Dado que es un bien público promovido en el Bienestar social y que implica cubrir las necesidades de la población de una sociedad no sólo brindar beneficio individual.

Así mismo la justicia social se refiere a las nociones fundamentales de igualdad de oportunidades y de derechos humanos, está basada en la equidad y es imprescindible para que los individuos puedan desarrollar al máximo sus capacidades.

Justificación

El estudio de los acontecimientos históricos de la salud en México es importante para saber cómo es que hemos llegado a lo que es la seguridad social actual, así como también para analizar los cambios y procesos que ha vivido la seguridad social a través del tiempo en la que el Estado mexicano ha buscado, no sin innumerables tropiezos, implementar nuevos programas y métodos para atender a una brecha más amplia de la población con servicios médicos por más de una centuria.

Se eligió el tema de la seguridad social en México, y en específico la salud porque a lo largo de la historia de nuestro país se ha buscado como objetivo de Estado, la justicia social y el bienestar social para proveer a sus habitantes de servicios de salud buscando ejercer la igualdad de los derechos humanos para lograr una economía más eficiente y productiva.

Esta búsqueda de bienestar social no ha sido fácil, se ha llevado a cabo por más de un siglo y que en sus inicios la asistencia social era prestada por la beneficencia que era la proveedora de servicios médicos, pero en la actualidad se ha logrado pasar de la asistencia social a la seguridad social. Poco a poco el Estado ha ido tomando su responsabilidad de proveer servicios de salud a la población a través de la creación de infraestructura necesaria puesto que es responsabilidad del gobierno cubrir las necesidades básicas de la sociedad mexicana.

Se observa también que en México existe un proceso de ajuste a las nuevas tendencias de instituciones mundiales de salud, y éstas han marcado una pauta en el modelo de los programas de salud para México y por lo cual es importante analizar cómo ha influido en la política social de nuestro país.

Una de las inquietudes presente en este trabajo es investigar el programa del Seguro Popular, su funcionamiento, dónde opera, etc. dado que es un instrumento que propone cubrir con atención médica a una población desatendida. Por lo tanto se busca analizar si el Seguro Popular ha cumplido con sus objetivos.

Y otra razón que motivó esta investigación, es la de ver la importancia que tiene la seguridad social, y de la salud en específico en nuestro país, y que dada la insuficiencia de infraestructura, recursos, servicios, y personal especializado y ocasiona que persistan las carencias, desigualdades y rezagos sobre todo en un amplio sector de la sociedad.

Objetivos Generales

1. Revisar el papel que ha asumido el Estado en el ámbito de la seguridad social en México.
2. Analizar los cambios en el sector salud a raíz de la implementación del programa del Seguro Popular y la tendencia hacia la privatización de los servicios de salud para revisar los resultados que se presentan en el desarrollo social en México.

Objetivos Particulares

1. Hacer una recopilación cronológica de la seguridad social y los servicios de salud en México.
2. Estudiar la evolución que han tenido los servicios de salud en el marco de la seguridad social.
3. Revisar la tendencia hacia la privatización de los servicios públicos de salud del país.

Hipótesis

En México, el rezago en la seguridad social se ha visto reflejado principalmente en los sistemas de salud que administra el Estado, los cuales a pesar de estar saturados se sobrecargan con la creación del Seguro Popular que lo volvieron más deficiente en la prestación de sus servicios y consecuentemente sigue existiendo una deuda social con un sector de la población que queda desamparada.

CAPITULO I. Historia de la Seguridad Social

Con la evolución de la vida del hombre en sociedad, sus necesidades van cambiando, a continuación presentamos de manera breve, cómo ha llegado la seguridad social a ser lo que conocemos actualmente.

A la llegada del cristianismo en América, se fundaron las hermandades y asociaciones de caridad con la finalidad de proteger a los pobres y desvalidos. La solidaridad social era la esencia de la seguridad social en la Edad Antigua y en la Edad Media.

Se crearon las instituciones de caridad pública y privada, pero éstas no tuvieron éxito; sin embargo posteriormente, se cambia a un cuadro voluntario y gratuito determinado por la capacidad de ayuda que evoluciona hasta llegar a la Previsión Social, ya que se busca prevenir riesgos.

Pero es con la beneficencia privada que fue de esta manera como comenzó a darse los inicios de la asistencia social. Esta beneficencia se difundió con el afán de ayudar a los menesterosos a superar los estragos de la indigencia, la cual tuvo su principal lugar en la iglesia, en Inglaterra eran atendidos en los hospitales de caridad.

A partir del siglo XVI existieron grupos cristianos y congregaciones laicas dedicadas al mismo fin; marcharon estos grupos como una beneficencia privada, mediante instituciones benéficas, inspiradas en principios de la caridad y filantrópicos.

De esta forma se hace el cambio de la beneficencia a la asistencia social, ya sea pública o privada; ya que mientras la beneficencia tiende más al sentimiento de caridad y de hacer el bien, y no en exigir a las instituciones que la brindaran; la asistencia social por su parte la comenzó a emplear el Estado como un mecanismo más contundente para desarrollar una Política Social con el objetivo de moralizar la economía liberal, esta política se preocupó por todas aquellas personas que se encontraban amenazadas por la pobreza, la

miseria y la escases de recursos, como los ancianos, vagabundos, enfermos indigentes y menesterosos.

Así es como el Estado comenzó a brindar asistencia pública aplicando una política social, de tal manera que el Estado fue creando un compromiso hacia los ciudadanos.

En la Revolución Industrial, dada su política liberal e individualista se provocan grandes problemas de seguridad social en la clase obrera, ya que se limitaba a la protección elemental de la persona, más no así a los medios de subsistencia, como el trabajo, a la aparente seguridad que el derecho privado brindaba, lo que de nada servía frente a la carencia de lo indispensable para subsistir.

La enorme desproporción que las máquinas traen con la producción en serie y baja en costos, con respecto a la producción manual, más lenta y más cara, comienza a crear enormes monopolios y condiciones de vida miserables debido al exceso de horas de trabajo a que eran obligados los trabajadores a laborar en las fábricas con un sueldo muy bajo y envueltos en múltiples abusos.

Durante este mismo periodo, en la revolución industrial la clase trabajadora tuvo la urgente necesidad de agruparse con fines profesionales y lograr así una mayor seguridad industrial y social integral. Algunos de los aspectos de inseguridad social provocados por la revolución industrial fueron:

- Falta de prevención de accidentes laborales.
- Jornadas de trabajo demasiado largas.
- Ausencia de leyes protectoras para el trabajador y de dispositivos de seguridad laboral.

Francia promulgó la primera ley de Seguro de enfermedades en 1850, después surge el principio de solidaridad con Marx en su "Manifiesto

Comunista” donde se habla de un trato justo y digno para la clase trabajadora eliminando la explotación.

Por su parte, Alemania retoma la idea de reconocer la desigualdad social, al establecer que todos los seres humanos no tienen los mismos talentos, ni el ingenio, ni la salud, ni las fuerzas, y con la creación de los seguros sociales se da inicio a la solidaridad social en una primera etapa de carácter voluntario; y es a partir de 1883 cuando se hace obligatorio para los que trabajan para el Estado.

Otto Von Bismarck, ministro del rey de Prusia, fue el creador de la estrategia del control proletario, expidiendo leyes de excepción social, a raíz de la miseria del proletariado provocada por el desarrollo industrial. Expide leyes para cuestiones de trabajo y para aquellos que tienen relación con la seguridad social como son las siguientes:

-1869. Reglamentación para cuestiones de trabajo, protectora de la vida y de la salud de los operarios; con normas reguladoras del trabajo de mujeres y menores.

-1881. Establecimiento de un compendio de legislaciones que fueron la base para dar origen al seguro social.

-1883. Decreto del régimen del seguro de enfermedades.

-1884. Decreto del régimen del seguro de accidentes laborales.

-1889. Regulación del seguro de vejez e invalidez.

Bismarck afirmaba que por caro que parezca el seguro social resulta menos caro que una Revolución. Reportó avances en las relaciones obrero patronal, y se adoptaron medidas de previsión social y de seguridad e higiene en los centros de trabajo.

En 1907, Inglaterra promulgó una Ley de accidentes de trabajo y, en 1911, se promulgó el Código Federal de Seguridad Social. Entre 1883 a 1919, otros

países europeos, como Francia, Dinamarca e Inglaterra, tomaron el antecedente de la seguridad social de Alemania.

William Beveridge, en 1942, presentó un informe conocido como Plan Beveridge, el cual, ya perfeccionado en 1948, sirve para que se promulgue la Ley del Seguro Nacional, la cual establece la protección de accidentes y enfermedades de trabajo, la sanidad, la atención a la niñez y a la asistencia a los desvalidos, entre otros, así como el seguro social.

Este seguro establecía una garantía contra la miseria, las enfermedades, etc; a través de una política social permanente del Estado. Beveridge hace ese seguro universal, obligatorio y de extensión mediante una contribución obligatoria; además, alcanza un Sistema Integral de Seguridad Social otorgando así un Estado de Bienestar.

El Institucionalismo como punto de partida de la Seguridad Social

Actualmente el concepto de Previsión Social es definido como:

"Conjunto de iniciativas y normas del Estado, principalmente de índole jurídica, creadas y dirigidas para atemperar o disminuir la inseguridad, así como los males que padecen los económicamente débiles, dentro o fuera del trabajo" (Ruiz Moreno, 2004).

Cabría mencionar que la asistencia social se asemeja a la llamada beneficencia pública, ya que no es obligatoria.

La Previsión Social, en su acepción general, es el conjunto de normas, principios e instituciones que tienden a proteger al trabajador, atemperando o reparando la consecuencia de infortunios que lo pueden conducir al estado de indigencia, cuando acaecen algunas de las contingencias, que predeterminadas por la ley, le impiden recibir la remuneración necesaria para solventar sus necesidades y las de su familia. De allí que han tenido un carácter reparador, tendiendo a mitigar los efectos derivados de las

contingencias o riesgos, únicamente.

El concepto de Welfare State (Estado de bienestar) surgió en la segunda mitad del siglo XX, este parte de la premisa de que el gobierno de un Estado debe implementar y ejecutar políticas sociales que garanticen y aseguren el 'bienestar' de los ciudadanos en determinados aspectos como el de la sanidad, la salud, la educación y, en general, todo el espectro posible de seguridad social; así, el estado asalariado de bienestar surge como mecanismo de protección para los trabajadores asalariados. Los orígenes de este intervencionismo se remontan a la época de Bismarck, y a la legislación social que estableció el canciller en la Alemania de fines del siglo XIX, en 1883 y 1889.

“Representan la primera intervención orgánica del Estado en la tutela del proletariado industrial a través de un sistema de seguros obligatorios para la protección de accidentes de trabajo, enfermedades, invalidez y vejez” (Regonini, 2002: 551).

El surgimiento de la seguridad social y del estado de bienestar se ubica después de la segunda guerra mundial y se destaca porque la atención médica es cubierta y financiada por los impuestos recaudados por el Estado, y por qué de cualquier manera las personas pagan por esos servicios de salud.

Esto se prolonga irregularmente hasta nuestros días, y toman un peso decisivo más homogéneo a partir de 1945, cuando la mayor parte de los países capitalistas adoptan la doctrina del Report Beveridge y la política económica keynesiana.

“Los años veinte y treinta marcan un paso importante hacia la constitución del Estado de Bienestar. La Primera Guerra Mundial más tarde la Segunda, permiten experimentar una mayor intervención del Estado tanto en la producción (con la industria bélica) como en la distribución (de artículos alimentarios y sanitarios). La gran crisis de 1929, con las tensiones sociales creadas por la inflación y la desocupación, determina en todo el mundo occidental un fuerte aumento del gasto público para apoyar el empleo y las condiciones de vida de los trabajadores” (Ibíd: 552).

Cabe señalar que las condiciones institucionales en las que fueron llevadas a cabo dichas políticas eran diametralmente opuestas. Por un lado, los Estados nazi-fascistas tenían un régimen autoritario que protegía el trabajo con estructuras del corporativismo, mientras que en los Estados Unidos con el “New Deal”, la realización de las políticas asistenciales tienen lugar dentro de instituciones liberal-demócratas, a través del reforzamiento de los sindicatos industriales, la canalización del gasto público en apoyo del empleo, la creación de estructuras administrativas especializadas en la gestión de los servicios sociales y de la ayuda económica a los necesitados.

Pero es necesario llegar a la Inglaterra de los años cuarenta para encontrar los fundamentos del Estado de Bienestar, que al amparo de los trabajadores decía:

“...independientemente de sus ingresos, todos los ciudadanos en cuanto tales tienen el derecho a ser protegidos con pagos en efectivo o en servicios en situaciones de dependencia de largo plazo (vejez, invalidez) o de breve plazo (enfermedad, desempleo, maternidad, etc.)” (Picó, 1999: 1-2).

Las políticas de seguridad social se llevaron a cabo en todos los países industriales provocando una gran expansión del sector público que se convirtió así, en una fuente interna de estabilidad, ya que gran parte de cualquier gasto adicional regresaba como ingreso incrementado.

El período de consolidación y expansión del Estado de Bienestar corre de 1930 hacia 1960, pasando en 1942 por el Informe Beveridge el cual trataba de mejorar las circunstancias de la guerra, suavizando las desigualdades sociales a través de una doble redistribución de la renta que actuase sobre la seguridad social y otras subvenciones estatales como: electricidad, transportes, vías de comunicación, educación, entre otros. Por su parte la teoría keynesiana intentaba paliar los efectos perjudiciales sobre la demanda a través del Estado (Picó, 1999: 1-2).

El Informe Beveridge fue el resultado de un trabajo en conjunto, en el cual participaron altos funcionarios del gobierno. Fue un proyecto de seguridad social, con una visión universal, y formado sobre la base de una legislación social. Preveía que las administraciones públicas habían de hacer frente al sostenimiento de los sectores más desfavorecidos de la sociedad: discapacitados, enfermos, y ancianos.

La novedad ideológica del Informe Beveridge no fue promover las ayudas estatales a estos colectivos, ayudas que ya se llevaban a cabo, en mayor o menor medida, en muchos países. La verdadera innovación fue considerar que esas ayudas no eran una mera solución a medias sino un arreglo a los desperfectos de la economía, o un servicio de caridad estatal, sino que, por el contrario, el bienestar de la sociedad era una responsabilidad del Estado. Este establecía que todo ciudadano, por el simple hecho de serlo, tenía derecho a participar de los beneficios de la economía, y que era papel del Estado proveerle el acceso a éstos.

Para aclarar y hacer operaciones las medidas mencionadas, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud (OMS, 2013).

Dicha Observación general dice que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición y vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Durante treinta años, el Estado de Bienestar (Welfare State) actuó con un éxito considerable, dando origen y sustento a un período de crecimiento económico sin precedentes, asegurando el nivel de vida, el empleo, y los

servicios sociales básicos como salud, educación y electricidad.

Institucionalismo

La principal corriente teórica que nos introduce a tema de la seguridad social y su influencia en el desarrollo económico, a través de bienestar de su población y trabajadores es la conocida como institucionalismo, de la que a continuación retomamos algunas de sus ideas principales para aclarar su relación.

Existen diferentes dificultades que las economías enfrentan día a día para fortalecerse, generar riqueza, hacer cumplir derechos, tener acceso a la justicia, etc. pero según North lo que hace que una economía funcione de manera eficiente es que se tomen en cuenta a las instituciones para alcanzar un desarrollo que eventualmente se obtendrá día con día por medio de un proceso, y no de manera inmediata. Tomando en cuenta los recursos que se tienen en la nación, su administración y su distribución para alcanzar el desarrollo económico de manera eficaz (North, 2000).

M. Olson establece que una de sus tesis es:

“El crecimiento económico depende crucialmente de la existencia de instituciones que definan y protejan los derechos individuales, y al mismo tiempo eviten la predación en cualquiera de sus formas: corrupción, políticas económicas inconsistentes, devaluaciones abruptas, sistema tributario arbitrario, impredecible y expoliador, déficit público insostenible, desvalorización del dinero, emisión de dinero ilegítimo” (M.Olson, 2000: 98).

De igual manera el autor plantea que los arreglos institucionales deben permitir la participación de la mayoría de los individuos y garantizar la inclusión de los intereses de todos ellos, es decir, nadie debe quedar formalmente excluido de la protección de sus derechos (Klitgaard, 2000).

M. Olson dice que el estado debe crear las estructuras en lo que en ello se refiere a la gobernabilidad eficiente, a los mecanismos que se encuentran

fuera de del mercado, para así poder proveer incentivos para el crecimiento. Por lo que hay un trabajo en equipo para obtener el resultado deseado, es decir, el mercado debe presionar al Estado con mercados complejos para que el gobierno sea más fuerte y estable, para así poder tener crecimiento y sobre todo un cambio institucional y así tener un círculo virtuoso (Olson, 2000).

Si se establece un régimen político en el cual el Estado no está sometido a un control, se perderá la posibilidad de contar con instituciones que permitan corregir dinámicamente el diseño de las instituciones y la aplicación de políticas.

Para que se pueda corregir de manera dinámica el diseño de las instituciones el Estado debe estar sometido a un régimen político para que se de ésta corrección en las instituciones

La idea de North es que el crecimiento es posible, a pesar de mercados imperfectos y de fallas institucionales, siempre y cuando las políticas puedan ir corrigiéndose en el tiempo, sencillamente porque existen los mecanismos que lo permiten. También dice que el crecimiento es posible con malas instituciones, y aun sin éstas, pero también señalaría que este crecimiento no es sostenible en el largo plazo, y tampoco será eficiente y equitativo (North, 1991).

Una idea a la cual llegó este autor es que las sociedades que prosperan dependen de incentivos claros para producir y cosechar las ganancias de la cooperación social que se obtienen a través de la especialización y el comercio. Los incentivos aparte de ser claros deben permitir a los individuos y a las empresas interactuar de un modo socialmente eficiente, esto es, de manera similar a lo que ocurría en condiciones de competencia.

“En un mundo dominado por derechos restringidos por una débil aplicación de la ley y por la presencia fuerte de todo tipo de monopolios, el intercambio será precario y llevará irremediablemente a la corrupción, la ineficiencia y a la inequidad” (Parkin, 2004: 370).

Los gobiernos proporcionan un mecanismo distinto a los mercados para asignar los recursos escasos cuando la economía de mercado resulta ineficiente, una situación que se denomina falla de mercado.

Al reasignar los recursos es posible que algunas personas mejoren su situación sin perjudicar a otra persona. Algunos individuos apoyan las actividades del gobierno encaminado a corregir las fallas del mercado y así modificar el resultado.

Los bienes y servicios que son consumidos por todos y por nadie son un bien público, también pueden ser consumidos de manera simultánea por todas las personas y no se puede excluir a ningún consumidor. Algunos bienes públicos son los servicios de salud, la educación, servicios públicos como pavimentación, etc.

El bien público carece de rivalidad ya que el consumo de éste no disminuye el consumo del bien o servicio por otra persona, estos bienes tampoco son excluyentes puesto que resulta imposible o muy costoso evitar que alguien sea beneficiado con los bienes públicos.

“El nivel de suministro eficiente de un bien público es aquel en donde se maximiza el beneficio neto (el beneficio total menos el costo total). De manera equivalente, es el nivel en que el beneficio marginal es igual al costo marginal. Cuando el beneficio marginal excede el costo marginal, el beneficio neto aumenta si se incrementa la cantidad producida. Cuando el costo marginal excede al beneficio marginal, el beneficio neto aumenta si se disminuye la cantidad producida” (Parkin, 2004: 374).

La población desea tener una atención médica de buena calidad, que verdaderamente atiendan sus padecimientos y necesidades. También demandan la infraestructura física suficiente (de calidad y en gran cantidad) y la atención más pronta posible requerida en las citas médicas y en las consultas.

A través del tiempo, se ha visto una falta de organización e inadecuada planeación de los servicios médicos. Los costos de estos servicios se han incrementado así como también son ineficaces e insuficientes.

Desde la segunda mitad de los años setenta y buena parte de los ochenta, el discurso sobre el Estado de Bienestar ha sido el de su crisis inevitable. Las críticas al Estado de Bienestar, propuestas por el neomarxismo y el neoconservadurismo, se centran en el hecho de que la política social se presenta como un mecanismo compensatorio del mercado, lo cual finalmente produce su ineficacia.

La recesión económica de 1974-1975, revitalizó el hasta entonces relegado monetarismo, por lo que a partir de la década de los ochenta, tienen auge las políticas neoconservadoras en Estados Unidos, Inglaterra y el resto del mundo industrializado. El liberalismo moderno o neoliberalismo, que en realidad no significó un nuevo paradigma, se enfrenta a la imposibilidad de desconocer una serie de compromisos asumidos por el Estado ante la sociedad. Intenta amortiguar la recesión económica que viven los países industrializados mediante políticas de reajuste y cambiando su política económica del pleno empleo por una de combate a la inflación.

Así la reforma del estado se ha convertido en un tema principal de la agenda política del mundo. Este proceso se ha dado desde finales de los setentas junto con la aparición de la crisis del modelo de Estado que fue creada para los países desarrollados durante el periodo de la posguerra en la que se vivió una era de la prosperidad del capitalismo sin precedentes.

La primera respuesta ante la crisis fue la conservadora neoliberal; donde la necesidad presionó a la reforma de Estado, restableciendo un balance fiscal y una balanza de pagos de los países en crisis que se sintió aconsejada por el simple propósito de reducir la participación del Estado y la predominancia del libre mercado. Sin embargo el propósito hizo sentido desde el punto de vista político y económico.

También cabe mencionar que las instituciones juegan un papel limitado dentro de la sociedad y de igual manera en el desarrollo económico no tiene una participación considerable aun en el siglo XXI, esto sucede tanto en democracias estables y desarrolladas, ya que la democracia no satisface a

toda la población, por lo tanto, es importante trabajar para crear conciencia del papel que las instituciones tienen para que de esa forma se pueda alcanzar el desarrollo.

Para que haya un nuevo diseño de instituciones es necesario que existan incentivos que motiven a dar ese paso, y dado que no los hay, se recurre a las reformas institucionales.

CAPITULO II. Antecedentes

Algunos Conceptos y Definiciones

Con el transcurso del tiempo, es más que visible el retroceso en el concepto de Salud; dado que es un bien público promovido por el Bienestar social, que implica cubrir las necesidades de la población y no sólo brindar beneficio individual.

De la mano del concepto de salud, encontramos el de justicia social, que incluye las nociones fundamentales de igualdad de oportunidades y de derechos humanos. Está basada en la equidad y es imprescindible para que los individuos puedan desarrollar su máxima capacidad.

Históricamente, la justicia social ha sido una meta para los mexicanos, la cual se puede alcanzar a través de la seguridad y la igualdad en el ejercicio de las garantías individuales señaladas en nuestra Constitución Política.

El Banco Mundial

El Banco Mundial reconoce que la salud es un elemento que brinda bienestar y fortalece las capacidades colectivas y de cada individuo que conforma una población. Así también podemos decir que la salud es un bien que tiene repercusión en la economía, como lo refleja en la productividad, en el empleo y en la competitividad (Banco Mundial, 2013).

La Organización Mundial de la Salud

El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales

todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano (OMS, 2013).

Según la Observación general de la OMS, el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

- Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

- Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte.

- No discriminación.

- Accesibilidad física.

- Accesibilidad económica.

- Acceso a la información.

- Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.

- Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados Partes tres tipos de obligaciones, a saber:

- Respetar. Exige abstenerse de injerirse en el disfrute del derecho a la salud.

- Proteger. Requiere adoptar medidas para impedir que terceros (actores que

no sea el Estado) interfieran en el disfrute del derecho a la salud.

- Cumplir. Requiere adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud.

Para aclarar las medidas antes mencionadas, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud.

Dicha Observación general dice que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición y vivienda adecuada, condiciones sanas en el área laboral y en el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (OMS, 2013).

Previsión Social

La previsión social es definida como el conjunto de iniciativas y normas del Estado, creadas y dirigidas para atenuar o disminuir la inseguridad, así como los males que padecen los económicamente débiles, dentro o fuera del trabajo. Cabría mencionar que la asistencia social se asemeja a la llamada beneficencia pública, ya que no es obligatoria.

La previsión social, en su acepción general, es el conjunto de normas, principios e instituciones que tienden a proteger al trabajador, ayudando con las contingencias o riesgos a los que están expuestos para solventar sus necesidades y las de su familia.

Desde el punto de vista histórico, la previsión concepto determinado con

precisión desde hace mucho tiempo, sirvió para agrupar una finalidad reparadora, concretada a través de dos instituciones importantes, trascendentales, que comenzaron dentro del siglo pasado, en la primera mitad una y en la segunda la otra, como fueron las jubilaciones y los seguros sociales.

A través de la previsión social se protegió al trabajador, sea el empleado estatal sujeto de las jubilaciones o al obrero sujeto a los seguros sociales, aunque aquí también se incluyeron a los que se desempeñaban por cuenta propia. Es decir que, confrontada la previsión con la seguridad social, su alcance ha sido limitado.

Seguridad Social

La seguridad social a través de la historia ha sido un anhelo común, un deseo de bienestar social que no excluya a ninguna persona y que beneficie a todos los seres humanos posibles. La seguridad social es relativamente un nuevo concepto de vida de los individuos y de toda la sociedad en su conjunto, por lo que es un estilo de vida creada por el ser humano y dirigida para él mismo.

La seguridad social tiene sustento jurídico, político, social y económico sacado del propio entorno del hombre. La seguridad social tiene principalmente una esencia económica que está conformada por una estructura de leyes y normas que le dan un carácter de ciencia social que tiene como fin la protección de la sociedad, atendiendo primeramente al individuo pero con el objetivo de atender a la sociedad.

En nuestra Carta Magna también encontramos la búsqueda del bienestar social, incluso logró conformar un pacto que hasta nuestro tiempo sigue preservado, asimismo impulsa los derechos fundamentales de los mexicanos que ha permitido que haya una evolución en el bienestar social del país.

La seguridad social es institucional, es un derecho que nos corresponde a todos los seres humanos. La seguridad social es un conjunto orgánico con leyes y teorías dirigida al hombre y que protegen a la población y a los trabajadores. El artículo 4º constitucional dice que:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2013).

La seguridad social implica ser un concepto universal ya que va dirigido a toda la raza humana sin exclusión alguna que también cuenta con una realidad jurídica y social. La seguridad social va adoptando un concepto distinto bajo el tiempo en que se desarrolla, puesto que el contexto y las necesidades del ser humano van cambiando de igual manera que éste.

El concepto de seguridad social ha tenido otros nombres que persiguen casi los mismos objetivos y que se emplean como sinónimos, como lo son el Seguro Social, el Seguro total, la Previsión, el Pleno empleo y la Política Social. Estos conceptos han ido cambiando hasta conformar en toda su amplitud lo que hoy en día se le conoce como Seguridad social.

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en un documento publicado en 1991 denominado "Administración de la seguridad social", definió la seguridad social como la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos (OIT, 1991).

El objetivo de la seguridad social de acuerdo con esta organización es: velar para que las personas que están en la imposibilidad sea temporal o permanente de obtener un ingreso, o que deben asumir responsabilidades financieras, que puedan seguir satisfaciendo sus necesidades, proporcionándoles, a tal efecto, recursos financieros o determinados bienes o servicios.

El sistema de seguridad social de un determinado país se caracteriza, entre otros elementos, por el tipo y la amplitud de los servicios que proporciona, por la cobertura, también por la definición de los proveedores y los beneficiarios de estos servicios y de su forma de financiamiento de los recursos destinados para este rubro.

La previsión social es una técnica que previene los males sociales que aventaja a la sociedad y no tanto al individuo, basándose principalmente en los seguros sociales, mientras que la seguridad social emplea como instrumentos a la asistencia social y a los servicios sociales que no se enfoca en un solo objetivo. La seguridad social no sólo atiende a las problemáticas sociales sino también a los problemas económicos. A la seguridad social primeramente se le relacionaba con el seguro social total y los servicios auxiliares.

La política es una ciencia que está compuesta por teorías y se lleva a cabo bajo técnicas específicas. La política social es extensa y atiende las necesidades de los seres humanos.

La seguridad social tiene su fundamento por medio de leyes que la sustentan, aunque el carácter jurídico no ha sido el objetivo inicial de esta ciencia, esto quiere decir, que con el paso del tiempo ha ido adquiriendo su propia finalidad integral. La seguridad social se dirige a la sociedad sin dejar fuera al individuo, es decir, la seguridad cumple con un doble rol y ésta tampoco es excluyente, puesto que es un bien público.

La seguridad social tiene una doctrina y un aspecto legal ya que la seguridad social es un derecho universal, todos los individuos debemos de recibir estos

servicios que nos corresponden tanto para el bienestar propio como para el bienestar de la sociedad.

La seguridad social no es un acto de caridad ni provee justicia de manera privada, ni con un fin de lucro, sino que tiene el objetivo de justicia social y de ser una función social.

La justicia social es un término que se refiere a las condiciones necesarias para que una sociedad pueda desarrollarse de una forma equitativa en cuanto a términos económicos. También comprende un conjunto de decisiones, normas y principios que se consideran acertados para garantizar condiciones de trabajo y de vida decentes para toda la población.

La seguridad social es un concepto que brinda conocimiento porque la seguridad social es una ciencia. La ciencia es una aptitud o un instrumento eficiente y preciso que sirve para brindar beneficio al hombre. Y la ciencia junto con la capacidad humana brinda soluciones.

Bajo una nueva conciencia la seguridad social busca el bienestar de la sociedad, ya que la sociedad tiene cambios constantes, es dinámica y busca una mejor relación entre los seres que la componen para el buen funcionamiento de la sociedad.

Así, la seguridad social surgió como un sistema científico que aglutinó en su propia naturaleza, proposiciones de varias ciencias, para alcanzar ese anhelo colectivo de establecer una economía auténtica y racional de los recursos y valores humanos.

La seguridad social tiene como objetivo crear así como atender a la población con servicios de salud, y así poder desarrollar el intelecto de las personas existentes y venideras.

El método de la seguridad social es universal, se adapta a los rasgos, al carácter y a las costumbres de cada región para solucionar de la mejor forma y así obtener el bienestar social y también alcanzar una meta colectiva.

La seguridad social atiende la integridad del ser humano así como lo hace de su salud, de los medios económicos de subsistencia. La seguridad social en su proceso de integración, ha venido creando sus propios métodos de observación e investigación.

Derecho potencial para aquellos ciudadanos que no necesiten de la seguridad social, cuentan con un derecho potencial, es decir que es posible tenerlo.

El artículo 2 de la Ley del Seguro Social dice que:

“La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado” (Ley del Seguro Social, 2012: 1).

La seguridad social es un deber social que corresponde a un derecho social. El derecho social es un conjunto de normas que permiten resolver los conflictos sociales, y éste es de carácter jurídico y ético. La rama del derecho social nace en el derecho público a partir de los cambios en las formas de vida. Su objetivo es ordenar y corregir las desigualdades que existen entre las clases sociales, con la intención de proteger a las personas ante las distintas cuestiones que surgen en el día a día.

La seguridad social se basa sustancialmente en fundamentos económicos. En cuanto al fundamento económico se refiere al pleno empleo como la máxima producción interna con un primer enfoque económico y social que generará una mejor productividad por parte de los asalariados.

La seguridad social considera y está influenciada por diversas concepciones sobre el Estado y su administración, las visiones filosóficas sobre la libertad y dignidad humana, las económicas sobre el intervencionismo o libre cambio.

La seguridad social es la parte de la Ciencia Política que tiene por fin defender y propulsar la prosperidad general de la sociedad a través del bienestar

individual de todos sus miembros aunque la seguridad social se enfoca más en la sociedad que en el ser individual así como su carácter es más económico que jurídico. La seguridad social es una concepción ideal del mundo social.

Los pagos a la seguridad social que son los servicios sociales, no se ven reflejados en la sociedad. El sistema de seguridad social incluye servicios médicos, pensiones y otras prestaciones sociales y económicas.

CAPITULO III. Historia de la Salud en México

En el siglo XX se inició en México un esquema asistencial en donde se tenía un concepto del ciudadano basado en nuestra Constitución Política que obliga al Estado a garantizar el derecho a la protección de la salud para toda la sociedad.

A principios del siglo XX se vivió la participación del Estado mexicano en asuntos de salud pública, especialmente para controlar bienes como agua, bebidas, alimentos y productos químicos que tienen un impacto sobre la salud; y a la medición y control de las enfermedades en la población. Estas funciones no eran competencia de una oficina de gobierno encargada de la salud sino atribución de la Secretaría de Gobernación, responsable de la política interna. Los servicios públicos curativos, por su parte, provistos en hospitales, no rebasan el ámbito de la beneficencia, controlada también por la Secretaría de Gobernación a través de la Dirección General de la Beneficencia Pública y Privada. Los hospitales solo eran espacios de atención curativa.

En el siglo XVIII en Europa y hasta el siglo XIX en México los hospitales no fungían como instituciones médicas, ni la medicina como una profesión, sino que servían como caridad para amparar a los huérfanos e indigentes. A estos se les brindaba ayuda material y en ocasiones se les excluía porque supuestamente significaban un peligro para el resto de la sociedad. Se brindaba atención médica y espiritual sustentada por esquemas de caridad. En 1820 debido a la inestabilidad política y a los levantamientos armados las instituciones de caridad fueron sustituidas por organizaciones de beneficencia.

Los médicos laboraban principalmente en sus consultorios y en los hogares de los pacientes dejando como papel secundario su función en los hospitales. Los hospitales funcionaron hasta el siglo XIX bajo el esquema de caridad para atender a los desprotegidos.

Los antecedentes del sistema de salud pública y asistencia social se ubican en el Porfiriato. La secularización de las instituciones religiosas, que

anteriormente manejaban los hospitales, iniciada en la época Juarista y se consolida en el Porfiriato y embona con el énfasis científico y de la modernización de la medicina influenciada esta última por el desarrollo de las especialidades médicas de EUA y Europa.

Esta modernización beneficia mayormente a las clases privilegiadas dejando desprotegidos a los trabajadores. Durante el régimen de Díaz se creó en 1841 el Consejo Superior de Salubridad que desempeñó las funciones del Tribunal del Protomedicato, Establecimiento de Ciencias Médicas y Facultad Médica de México. El Consejo Superior de Salubridad vigiló el ejercicio autorizado de la medicina, la inspección sanitaria de lugares públicos, boticas, prostíbulos y la aplicación de medidas preventivas y de emergencia en casos de calamidades naturales y epidemias.

Hasta el año de 1905 fue que los hospitales desempeñaron funciones médicas con la inauguración del Hospital General de México, concebido por el médico más importante del Porfiriato, Eduardo Liceaga, él anticipó la labor asistencial del Estado mexicano y albergó la primera escuela de enfermería y con el tiempo se constituyó en la cuna de las especialidades médicas en México.

El cual fue un organismo de alcance nacional, con potestad médica para dictar normas sanitarias de carácter general y obligatorio en el país. Por lo tanto la lucha por la protección social comienza al arreciar el descontento popular de Díaz, que se ve plasmada en la Constitución de 1917 en el art. 123 en el capítulo IV establece los inicios de la seguridad social mexicana, como la protección de la salud de los trabajadores.

Poco a poco la medicina se fue concentrando en actividades de salud ambiental, con higiene del aire, agua, alimentos hasta obtener logros sanitarios, en 1917 fue cuando se le reconoció a la salud un campo de intervención estatal. En este mismo año se creó el Consejo de Salubridad General como dependencia directa del presidente de la república con la facultad de dictar disposiciones sanitarias a todo el país, también se creó el Departamento de Salubridad Pública como dependencia administrativa del

poder ejecutivo federal.

En 1931 se tiene el propósito de extender los servicios de salud al medio rural, se establecieron por iniciativa del Departamento de Salubridad Pública y con el apoyo de la Fundación Rockefeller, los servicios de higiene rural que ofrecían servicios de vacunación , higiene escolar y materno-infantiles. Las tentativas de legislación más amplia para crear el seguro social se encuentran en Ortiz Rubio en 1932.

Estos servicios se brindaron en las regiones geográficas de mayor productividad agrícola del país que proveían de alimentos a los grandes centros urbanos. En 1935 tanto la UNAM como en la Universidad Michoacana habían reglamentado que todos los médicos, enfermeras, parteras, químicos y dentistas pasaran cierto tiempo en las comunidades rurales antes de graduarse. En 1940 esta norma se extendió en todas las universidades y escuelas de medicina del país.

En 1936 se crearon como parte del departamento de Salubridad Pública, los servicios médico sanitarios ejidales cooperativos que se integrarían a los servicios coordinados de salud pública en los estados financiados con recursos federales, estatales, municipales y con aportaciones de los campesinos beneficiados.

En 1937 el presidente de México Lázaro Cárdenas creó el Departamento de Salubridad Pública, el Departamento de Asistencia Social Infantil. Esta estructura fue la primera en ser independiente del gobierno que participó en asistencia médica, en ese mismo año se fusionaron el Departamento de Asistencia Social Infantil y la Junta de Beneficencia Pública para crear la Secretaría de Asistencia Pública que cubriría a toda la población y no únicamente a los niños.

En 1938 en el gobierno de Cárdenas los petroleros, electricistas y ferrocarrileros recibieron prestaciones relacionadas con el Seguro Social, asimismo se dio inicio a la política de atención a la salud en el medio rural. Con esto hubo cierto impulso para la integración de los pueblos indígenas a

quienes se le prestaron servicios médicos. En 1939 se creó el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales.

“En el proyecto de Ley enviado al Congreso para crear esta Secretaría establece que el Estado mexicano reconoce que debe sustituirse el concepto de beneficencia por el de asistencia pública, en virtud de que los servicios que demandan los individuos socialmente débiles deben tender al desarrollo integral, sin limitarse a satisfacer sus necesidades de subsistencia. La Ley de Seguro Social se firmó el 31 de diciembre de 1942 por el Presidente de la República Manuel Ávila Camacho y fue publicada el 19 de enero de 1943 en el Diario Oficial” (Frenk, Gómez Dantés, 2008: 178).

Un año después el presupuesto destinado a la asistencia pública supero al gasto destinado a la salubridad con lo cual se tuvo la idea de integrar a la asistencia y a la salubridad pública. Y fue en 1943 que el presidente Manuel Ávila Camacho decretó fusionar la Secretaría de Asistencia Pública y crear el Departamento de Salubridad y Asistencia. En este mismo año se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que antes era la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA) y que hoy en día es la Secretaría de Salud. El primer Instituto que ofreció servicios médicos a trabajadores por medio de un esquema de aseguramiento público financiado por los trabajadores, por los patrones y el Estado. En este mismo año también se creó el Hospital Infantil de México.

En 1944 se creó el Instituto Nacional de Cardiología, el Sanatorio-Hospital Gea-González, en 1946 el Hospital de Enfermedades de la Nutrición que hoy en día es llamado Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Con estos hospitales de tercer nivel, establecidos en la Ciudad de México, ampliaron y mejoraron los servicios y la atención a la población abierta.

Después de múltiples protestas y conflictos laborales en donde destacan las huelgas de maestros, ferrocarrileros, etc. El Estado mexicano promovió las extensiones de las protecciones sociales en 1958. Este año dio inicio a la llamada fase de consolidación de la seguridad social y de la medicina científica, en donde las especialidades predominan en el trabajo médico dando

respuesta a las necesidades de la población. Las reformas a la Ley del Seguro Social se aprobaron en 1959 para ampliar la cobertura de las áreas rurales.

“En la década de los cincuenta se consolida la construcción de hospitales de especialidades, entre los que se cuenta el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía”(Frenk, Gómez Dantés, Ibíd : 179).

El 1 de enero de 1960 se publicó una ley que transformó la Dirección General de Pensiones Civiles, encargada de los programas de pensiones de los empleados de gobierno, en este mismo año se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). La base legal del ISSSTE se consolidó con la incorporación en 1983, del derecho a la protección de la salud a la Constitución, el cual además de ofrecer seguro de vejez, cesantía y muerte, empezó a brindar un seguro de accidentes y enfermedades profesionales y no profesionales, además de otras prestaciones, con el financiamiento de los trabajadores y del gobierno.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia y los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, eran las instituciones encargadas de atender a la población no asegurada y contribuyeron con la prestación de servicios de salud. El número de los hospitales de esta Secretaría aumentaron tres veces para el año de 1964, también cabe mencionar que el Departamento del Distrito Federal aumentó la atención para niños y de urgencias con la creación de varios hospitales.

“En 1961 el Centro Médico Nacional construido por el la Secretaría de Salubridad y Asistencia se transfirió al IMSS, mientras que un año más tarde el IMSS inauguró otro centro de medicina de alta especialidad, el Centro Médico La Raza. En términos de cobertura el IMSS ya cubría el 17% de la población nacional. En este año también se fundó el Instituto Nacional de Protección a la Infancia, con cobertura en las principales ciudades del país y en 1968 se creó el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez” (Gómez Dantés, Ibíd :184).

A finales de los años setenta, el modelo que estaba orientado a crear hospitales y enfocarse a las especialidades en medicina llegó a decaer puesto que el costo de los servicios fue aumentando al igual que la demanda de los

mismos y la complejidad tecnológica de la atención médica. Cabe mencionar que los servicios de salud para la población pobre en áreas rurales eran muy limitados por lo que se veían orillados a solicitar servicios privados que no estaban regulados y eran de mala calidad.

El sector salud empieza a delinear sus rasgos actuales en los años cuarenta y se consolida en los años cincuenta, mientras que en los sesenta se crea infraestructura para que así en los años setenta se convierta en un pilar del estado de bienestar por medio de las instituciones del seguro social.

En 1973 la Ley del Seguro Social estableció a cargo del IMSS la función de proporcionar servicios médicos a la población sin capacidad contributiva, clasificados por el Gobierno Federal como de extrema pobreza y profunda marginación. En consecuencia, en 1974 se crea el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. En 1977 el gobierno federal crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), para combatir la marginación en el país. En 1979 el programa IMSS-Oportunidades integra sus servicios a la COPLAMAR y surge el Programa IMSS-COPLAMAR para extender los servicios de salud a todo el territorio (IMSS, 2012).

El surgimiento del sistema nacional de salud está relacionado con la reforma sanitaria que se ha implementado gradualmente en el país a partir de la década de 1980, después de la crisis financiera que llevó al borde de la quiebra al Estado mexicano.

En la época de búsqueda de mecanismos para tener eficiencia, calidad en los servicios así como también ampliar el acceso a ellos en 1982 se creó la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, bajo la dirección del ex rector de la UNAM, Guillermo Soberón. La tarea de esta Coordinación era evaluar al estado de los servicios públicos de salud que atienden a la población abierta a fin de integrarlos en un sistema nacional de salud que brinde la cobertura a toda la población nacional.

Dichos cambios fueron aprobados por el Presidente Miguel de la Madrid que posteriormente a partir de 1983 dio origen a una segunda generación de reformas que se incorporaron a la Constitución que pudieron provocar cambios para el derecho a la protección de la salud de los mexicanos, para esto se promulgó la Ley General de Salud que sustituyó un código sanitario que ya no estaba vigente para atender las necesidades de los mexicanos de esos tiempos.

El 20 de abril de 1983 el gobierno de la República decreta la desaparición de COPLAMAR, y por decreto presidencial, establece el Programa IMSS-COPLAMAR que sería administrado por el IMSS, cuyo financiamiento siguió compartiendo con el Gobierno Federal en proporciones de 60 y 40 por ciento respectivamente. Así se conforma el Comité de Operación del Programa IMSS-COPLAMAR responsable de evaluar su operación y de cooperar con las dependencias de la Administración Pública Federal vinculadas al desarrollo rural y con las principales organizaciones indígenas y campesinas del país (IMSS, 2012).

La Secretaría de Salubridad y Asistencia se cambió por la Secretaría de Salud y los servicios de salud para la población no asegurada se descentralizaron a los gobiernos estatales, para que así surgieran los Servicios Estatales de Salud. El sistema nacional de salud fue establecido después de la reforma a la Ley General de Salud mexicana en febrero de 1984.

Entre 1985 y 1987 se descentralizó parcialmente el programa IMSS-COPLAMAR en 14 entidades federativas del país, entregándose a los respectivos gobiernos estatales 922 Unidades Médicas Rurales (UMR) y 22 Hospitales Rurales (HR).

En 1990 el Programa IMSS-COPLAMAR cambió su denominación a IMSS-Solidaridad, y continuó su operación en 17 entidades federativas, en las cuales amplió su cobertura hasta aumentar la infraestructura en un 384% en UMR y un 313.6% en HR. A partir de 1996, el financiamiento de operación de inversión proviene en un 100% del Gobierno Federal, por vía directa de la

SHCP, que inicialmente se asignaba al ramo XIX seguridad social para que el IMSS administrara pormenorizadamente los recursos del Programa.

El gobierno mexicano suscribió una serie de compromisos con organismos financieros multilaterales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, una reducción de los servicios estatales de salud y la implementación de un sistema liberal que permitiera la participación de entes privados en el campo de la salud. Uno de los objetivos centrales del Sistema Nacional de Salud es integrar los diversos servicios de salud existentes en el territorio mexicano bajo la coordinación de la Secretaría de Salud.

Con estas nuevas instituciones surgió la primera generación de reformas de nuestro sistema de salud para atender las demandas de la industrialización y aprovechar las oportunidades que ofrecían progreso tecnológico y el desarrollo económico.

El IMSS que antecede a la seguridad social europea, buscaba apoyar el desarrollo industrial a través de atender prioritariamente a los trabajadores de la economía formal. La Secretaría de Salubridad y Asistencia se responsabilizó de la salud de los grupos campesinos que protagonizaron la Revolución mexicana. Desde sus inicios el sistema mexicano tenía en primer plano a todos aquellos que tenían derechos en salud legalmente definidos a quienes llamó derechohabientes, y a aquellos que pertenecían a la acción asistencial del Estado y que por lo mismo sus derechos eran poco precisos y se le denominó como población abierta.

En esa época se pensaba que poco a poco todos los trabajadores se incorporarían a la economía formal y se afiliarían al IMSS, dejándole a las instituciones de asistencia un papel marginal. La economía informal creció en gran manera y se tuvieron que recurrir a nuevos mecanismos para extender la protección social en salud a todos los mexicanos. El crecimiento del IMSS en su etapa inicial fue creciendo relativamente lento.

A partir de 1999 se generaron cambios en la estructura del Sistema de Salud, y es en 2003 cuando se establece una reforma a la Ley General de Salud, la

cual se aprobó en este mismo año y el 1° de enero de 2004 entra en vigor el esquema de Sistema de Protección Social en Salud, conocido como Seguro Popular. En 2004 el gobierno federal instrumentó al Seguro Popular de Salud en el Plan Nacional de Desarrollo y de esta forma trabajan en conjunto con los gobiernos estatales para cumplir su objetivo (Seguro Popular, 2013).

La reforma del Sistema Nacional de Salud

Desde el punto de vista de los promotores de las reformas de salud en México, las modificaciones tenían como propósito central, aumentar la equidad y evitar la duplicidad de cobertura. Pero con el paso del tiempo, fue evidente que el propósito real de dichas propuestas estaban fundamentadas básicamente, en la necesidad de crear las condiciones para extender el sector privado de la atención médica.

“La reforma del Sistema Nacional de Salud (SNS) tuvo como eje central a la seguridad social y estuvo dirigida a sus dos elementos centrales, los pensionados y la prestación de servicios. Existieron dos etapas de la reforma del Sistema Nacional de Salud, la primera consistió en la modificación del sistema de pensiones en 1992, seguido del decreto de modificación de los servicios de salud en 1997” (Tamez Valle, 2005: 323).

La transformación del Sistema Nacional de Salud fue anunciada en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Este programa enfatiza la

necesidad de realizar cambios en el modelo de la seguridad social. Desde la perspectiva legal, el punto culminante de la reforma se da en 1997 con la promulgación de las modificaciones a la ley de la principal institución de seguridad social del país (IMSS).

En 1997 se crea el Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) con la finalidad de afrontar rezagos del medio rural en materia de salud, educación y desnutrición. Estas modificaciones implicaron cambios importantes en el financiamiento, la organización y la provisión de servicios

médicos tanto a nivel de seguridad social como a nivel de servicios administrativos.

En el año 2002, para promover estrategias y acciones intersectoriales para la educación, la salud y la alimentación, se renombró a Progresá como Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO). En este contexto, el Consejo Técnico del IMSS aprobó el cambio de nombre del Programa IMSS-Solidaridad por el de IMSS-Oportunidades, que otorga el componente de salud a sus beneficiarios del PDHO.

En 2003, se publicó en el Diario Oficial de la Federación en el artículo 77 bis 41, décimo sexto, decreto por el que se reforma y adiciona a la Ley General de Salud, que dice que El programa IMSS-Oportunidades continuará proporcionando servicios de salud a la población no asegurada, con el mismo modelo de atención con el que opera en la actualidad, para lo cual deberá contar con los recursos presupuestales suficientes, provenientes del Presupuesto de Egresos de la Federación, mismos que se canalizarán directamente a través del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Las familias actualmente atendidas por el programa IMSS-Oportunidades podrán incorporarse al Sistema de Protección Social en Salud. En este caso deberá cubrirse al Programa, a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, por cada familia que decida su incorporación a dicho Sistema, la cuota social y la aportación solidaria a cargo del Gobierno Federal; la aportación solidaria a cargo de los estados y la cuota familiar en los términos de la presente Ley.

En cualquier caso, el programa IMSS-Oportunidades seguirá siendo administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social y los bienes muebles e inmuebles con que cuenta, más aquellos que en lo sucesivo adquiera, quedan incorporados al patrimonio del Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme a la legislación aplicable.

Programas Nacionales de Salud 1982-2000

Ante la crisis que se enfrentaba en 1982, se establecieron una serie de políticas de ajuste de carácter estructural que impactaban el financiamiento y la organización de las instituciones que brindan bienestar social, como lo es la salud y que afectaron su desempeño, imposibilitando los avances en las tendencias universalistas, que no tiene continuidad ni relación con las prácticas modernas de la política social.

La política de salud se debate en la contradicción que permea a todo el quehacer estatal en el mundo globalizado. Esta contradicción conduce a echar andar a la acción pública de modo que tenga relación con el proyecto de reestructuración económica global que a la par propusiera nuevos consensos. Se delinea así una propuesta de política social que racionaliza los recursos, intenta abaratar los costos, simplifica al máximo la prestación de los servicios y redefine las poblaciones a las que se orienta.

El periodo 1982-1988

El periodo del presidente Miguel de la Madrid (1982-1988) forma parte de un período de transición que sienta las bases para la llamada Reforma del Estado. La política de salud se vuelve a delimitar, como resultado de la contradicción latente entre el aumento de costos para la atención médica, la disminución del presupuesto asignado al sector y la necesidad del Estado mexicano de “modernizar” su intervención en el ámbito de la regulación, del financiamiento y de la prestación de servicios de salud.

En 1983, se eligen nuevas estrategias de modernización administrativa, organización por sectores, coordinación intersectorial, descentralización y participación comunitaria, con el propósito de conformar un Sistema Nacional de Salud (SNS) que permita incrementar la eficiencia de los servicios y racionalizar los recursos.

El objetivo general del SNS es tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad y una mejoría en el nivel de salud de la población (Soberón, Kumate, 1988).

Para avanzar en este objetivo, se realiza una importante actividad legislativa, cuya iniciativa es la modificación del Artículo 4o constitucional que conlleva el derecho a la protección a la salud y a la aprobación de la Ley General de Salud que entra en vigor en 1984. El Derecho a la Salud ya existía en la Constitución Mexicana y la reforma al Artículo 4o consiste en la protección a la salud como derecho individual y como responsabilidad del Estado.

La descentralización de los servicios de salud se constituye en el periodo 1984-1988 en la estrategia de mayor importancia para reorganizar el subsistema de atención a población no derechohabiente, agregando también el abaratamiento de costos, la racionalización del gasto en salud y la suma de esfuerzos financieros.

En este proceso, se pretende transferir responsabilidades a la periferia, comprometiendo a los niveles regionales y locales en la resolución financiera, organizacional y técnica de los problemas. Se intenta, también, desarticular estructuras sindicales de alcance nacional que se constituyen en obstáculos para la flexibilización de las relaciones laborales de los trabajadores de la salud.

La coordinación programática primera fase de la estrategia descentralizadora se emprende en 31 estados y alcanza diversos grados de avance. La integración orgánica se inicia en mayo de 1985 y, al finalizar ese año, el proceso abarca nueve entidades federativas (Nuevo León, Guerrero, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Jalisco, Querétaro y Sonora).

En marzo de 1986, se suman otros tres estados (Colima, Guanajuato y México) y a fines de 1987, dos entidades más se descentralizan (Aguascalientes y Quintana Roo). En estos estados desaparecen los Servicios Coordinados de Salud Pública y el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria (IMSS-COPLAMAR) y se crean dependencias

estatales responsables de los servicios. Sólo 14 estados finalizan la etapa de integración orgánica y descentralización operativa, por lo que, al término del sexenio, la descentralización de los servicios de salud queda inconclusa.

El periodo 1988-1994

La política del Presidente Salinas de Gortari (1988-1994) asume plenamente las tesis neoliberales de la centralidad del mercado como organizador de la vida social y económica, en un contexto de profunda crisis política. El gobierno salinista avanza velozmente en el proyecto modernizador neoliberal y enfrenta la crisis política mediante un discurso “solidario” que progresivamente será definido como liberalismo social.

El Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) es la versión más completa de la política social asistencialista y centralizada que caracteriza al sexenio.

En este programa se propicia una relación casi directa entre la figura presidencial y la población pobre, al margen de las instituciones de bienestar social, debilitando a las instituciones públicas y violentando incluso las propuestas descentralizadoras del sexenio anterior que buscaban sentar nuevas bases geopolíticas para el desarrollo de la política social. (Poder Ejecutivo Federal, 1988)

Por otra parte, el programa de salud rural más importante, el IMSS-Solidaridad no forma parte del PRONASOL y tiene su propia estructura administrativa y presupuesto. Es uno de los pocos programas de COPLAMAR que sobrevivió las políticas de ajuste y el único cambio que sufrió fue de nombre. El programa de salud de PRONASOL esencialmente se ha dedicado al mantenimiento y reparación de centros de salud y hospitales que están gravemente deteriorados a raíz del recorte del gasto de salud.

La política de salud en este sexenio justifica la focalización de los recursos y las acciones con un discurso sobre los beneficios de la aplicación selectiva del gasto social en momentos de crisis económica y de recursos financieros escasos. Según la visión oficial a pesar de la crisis, la selectividad permite mantener el acceso de los grupos más vulnerables a ciertos beneficios básicos, a través de la jerarquización de las zonas marginadas y de la correcta selección de los beneficiarios (Poder Ejecutivo Federal, 1994).

Así, en la década de los ochentas y primera mitad de los noventas, en forma paralela a un discurso oficial que proclama la universalidad, la equidad y la solidaridad en la atención a la salud, los servicios y los programas transitan de propuestas integrales, incluyentes e intersectoriales a planteamientos de acción selectiva y focalizada a través de medidas epidemiológicas puntuales dirigidas a la población pobre.

El proceso de reorganización sanitaria y, más específicamente, la descentralización de los servicios de atención a población abierta juegan un papel muy importante en esta transformación, por lo que las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social (fundamentalmente la Secretaría de Salud y el IMSS-Solidaridad) se constituyen en la punta de lanza de esta estrategia de una nueva beneficencia sanitaria.

El Periodo 1994-2000

La reforma en el campo sanitario iniciada en 1982 e impulsada durante el gobierno de Salinas de Gortari (1988-1994), en el sexenio encabezado por Ernesto Zedillo, vive una fase de continuidad y profundización a través de dos vertientes: la transformación de la seguridad social mediante las modificaciones a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 1997) y la reorganización de los servicios que atienden a la población no derechohabiente, contenidas en la propuesta de reforma del sector salud

1995-2000 (Programa de Reforma del Sector Salud, 1995).

“En el primer caso, la nueva ley elimina el papel del IMSS como responsable único de la administración de fondos y pagador de las pensiones, al asignar estas tareas a las Administradoras de Fondos de Retiro (AFORES) y a las aseguradoras, legaliza la administración y el control privado sobre los fondos de pensiones y sienta las bases para la transferencia masiva de fondos del sector público al privado, el fortalecimiento de los grupos financieros y la mercantilización del sistema de pensiones” (Ulloa, 1996: 25).

En la propuesta de restablecimiento de cuotas en los servicios de atención a la salud en donde el seguro público tendría que pagar a las empresas orillando a que los trabajadores optaran por la atención médica privada y así se impulsa la privatización dentro del sistema de aseguramiento y sienta las bases para cotizantes de mayores ingresos hacia los servicios privados.

En tanto estos cotizantes alrededor de 20% aportan el 45% de los recursos cotizados por los trabajadores.

“Se prevé una profundización del desfinanciamiento de los servicios médicos del IMSS y una selección adversa para la institución pública, que se quedará con los trabajadores de menores ingresos y mayores riesgos, así como con aquellos excluidos de la atención privada por la complejidad, costo y cronicidad de su patología “(Barreiro, 1996 : 89).

Con esto se deja ver como se va transformando la concepción de la seguridad social, dejando de ver su carácter público solidario que ve más por los beneficios de la sociedad que por una tendencia de comerciar y privatizar los servicios de salud.

Como ejemplo del mercado que se abre para la inversión en salud, “los seguros privados de gastos médicos mayores crecen de manera sostenida, al igual que los servicios médicos privados en el producto interno bruto de los servicios médicos” (Laurell, 1997: 138).

Sistema Mexicano de Salud

El sistema mexicano de salud está conformado por dos sectores. El primero es el sector público que está constituido por las organizaciones gubernamentales que proporcionan aquellos servicios a la población sin seguridad social como Seguro Social, (SS), la Secretaría de Salud (SESA), IMSS-Oportunidades y Seguro Popular de Salud, (SPS) así como también aquellas instituciones que cuentan con seguridad social como el IMSS, el ISSSTE, Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de la Marina (SEMAR). Es decir este sector va enfocado para los trabajadores asalariados junto con sus familias.

Aunque en el artículo 4 de la Constitución Mexicana se establece que la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos, no todos han podido ser beneficiados por este derecho. Hasta el 2003 la mitad de la población por motivos laborales han disfrutado de la seguridad social, mientras que el resto de la población únicamente ha recibido servicios bajo un esquema asistencial. El sistema mexicano de salud cuenta con tres grupos de beneficiarios:

- Trabajadores del sector formal de la economía, jubilados y sus familias.
- Auto-empleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo y sus familias.
- Población con capacidad de pago.

Los trabajadores asalariados están afiliados a las instituciones de seguridad social y representan el 48.9% de personas. El IMSS cubre el 80% de esta población, a la que atiende en su propia infraestructura. El ISSSTE cubre el 18%, también con su propia infraestructura y recursos humanos. Y el resto de la población es atendida por la seguridad social para empleados de PEMEX, SEDENA, SEMAR y gobiernos estatales con unidades propias y recursos humanos propios (Figura 1).

El segundo rubro de usuarios son los no asalariados. Este sector había recurrido a la SS, a los SESA y al IMSS-Oportunidades, pero en 2003 todos los beneficiarios de estas instituciones recibían servicios de salud sobre una base asistencial, como apoyo del Estado a los hogares que vivían en estado de pobreza o aislamiento social incapaces de cubrir sus capacidades básicas. En este mismo año se aprobó una reforma a la Ley General de Salud que estableció al Seguro Popular (SPS), el cual entró en vigor en enero de 2004 que cubriría a los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional (Seguro Popular, 2013).

El último rubro de la población, es aquella que utiliza los servicios de salud del sector privado, utilizando seguros privados o la paga de servicios y también cabe mencionar que tanto la población que cuenta con seguridad social o la población adscrita a algún programa de salud hacen uso de los servicios privados de salud.

El financiamiento para el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) tiene el siguiente modelo que sustenta en un esquema tripartita que tiene las siguientes aportaciones:

- 1) del gobierno federal
- 2) de las entidades federativas
- 3) contribuciones de los afiliados conforme a su capacidad económica.

“El Instituto Mexicano del Seguro Social es una organización que en su origen y estructura tiene una composición tripartita. La conjunción de esfuerzos de los sectores de los trabajadores, el empresarial y gubernamental en la conducción del Instituto es uno de los pilares en los que reside la fortaleza institucional” (Narro, 1993: 69).

En el IMSS se cuenta con dos tipos de aseguramiento: el obligatorio al cual la mayoría de la población está afiliada, que son los trabajadores asalariados, miembros de las cooperativas, etc. y el voluntario.

El régimen obligatorio ofrece cinco ramos de protección social: seguro de enfermedades y maternidad, seguro de riesgos de trabajo, seguro de invalidez y vida, seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez y seguro de guardería y otras prestaciones sociales.

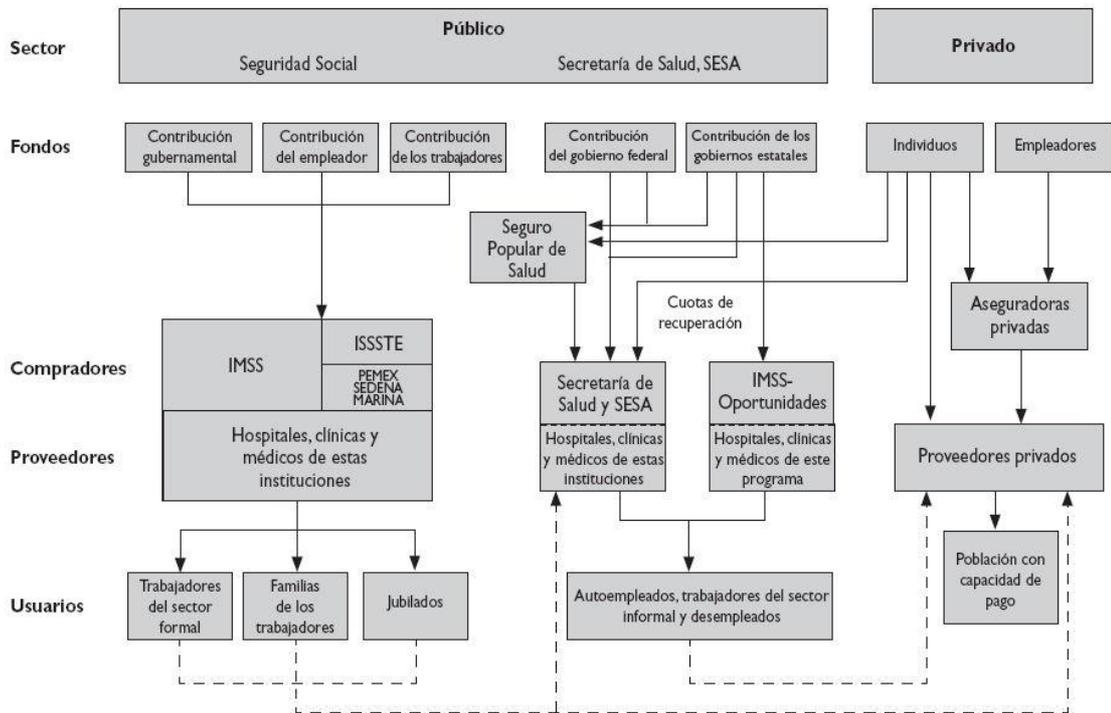
“El ISSSTE es un organismo público y bipartita, que tiene el encargo de otorgar los servicios de la seguridad social a los trabajadores al servicio de Estado. Esto incluye a quienes laboran en las entidades de la administración pública federal, a quienes lo hacen a partir de los gobiernos estatales y municipales que han establecido los convenios correspondientes, a los trabajadores de los poderes legislativo y judicial y a otros cuyas agrupaciones o entidades, por acuerdo de la Junta Directiva, se incorporen al régimen que especifica la Ley correspondiente” (Narro, *Ibíd.* 77).

Los afiliados al ISSSTE están protegidos por un conjunto de seguros, prestaciones y servicios similar al que ofrece el IMSS, destacando el seguro de salud, que garantiza el acceso a servicios de medicina preventiva, maternidad, atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, y de rehabilitación física y mental.

Los asegurados de las instituciones como PEMEX, SEDENA y SEMAR tienen beneficios similares a las instituciones antes mencionadas, como la cobertura de atención médica, quirúrgica y hospitalaria de primer, segundo y tercer nivel; cobertura farmacéutica y de rehabilitación. Seguro por riesgos de trabajo, jubilación, invalidez, y diversas coberturas complementarias.

Las instituciones de seguridad social, por lo general ofrecen un paquete de servicios médicos amplio aunque no precisamente definido explícitamente, que incluye atención de ambulancia y atención hospitalaria tanto general como de especialidad y los medicamentos e insumos requeridos.

Organigrama del Sistema de Salud Mexicano



Fuente: Salud Pública de México 2011; Vol. 53(2): 220-232.
 Figura 1. Organigrama del Sistema de Salud Mexicano

CAPITULO IV. Seguro Popular

El Seguro Popular de Salud se enmarca en la estrategia del Programa Nacional de Salud 2001-2006. Su propósito es brindar protección a la población no derechohabiente mediante un seguro de salud, público y voluntario, orientado a reducir los gastos médicos de bolsillo y fomentar la atención oportuna a la salud. Los gastos médicos ocurren normalmente en las condiciones más adversas para las familias de menores ingresos no aseguradas, por lo que el Seguro Popular de Salud es un programa innovador de carácter federal, cuyo propósito central está encaminado a la prestación de servicios médicos y a evitar que éstos sigan cubiertos mayoritariamente por el gasto bolsillo. En consecuencia es un mecanismo de protección de las finanzas familiares.

Objetivos del Seguro Popular

- Disminuir el gasto de bolsillo.
- Reducir el riesgo de empobrecimiento a familias.
- Preservar la salud de las familias afiliadas.
- Fomentar la atención oportuna de la salud.

Existen varias razones por las cuales se suspende la afiliación al programa del Seguro Popular, una de ellas es cuando el asegurado no realice la aportación para su afiliación en los primeros 30 días naturales del período de vigencia de su seguro. Para poder reincorporarse a la afiliación deberá transcurrir al menos un semestre para que se realice dicho trámite.

Cuando el asegurado realice acciones en perjuicio de los propósitos que persigue el Seguro Popular de Salud y afecte los intereses de terceros se

retira la afiliación a dicho programa.

Otros motivos para retirar la afiliación al programa es cuando se cometan las faltas de un mal uso de la identificación y cuando se proporcione información falsa en el estudio socioeconómico se cancelará el servicio del Seguro Popular.

Y cuando la familia asegurada se incorpore a alguna institución de seguridad social también se cancela el servicio ya que no se puede estar en dos instituciones de servicios de salud.

La cobertura de servicios del Seguro Popular según sus propias letras:

“El Seguro Popular, a través de su Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes) financia la atención médica de 284 intervenciones de primer y segundo nivel de atención, lo que representa una cobertura de más de mil 500 enfermedades. Esto se traduce en la atención del 100 por ciento de padecimientos por los que se acude a una clínica o centro de salud (primer nivel de atención) y más del 90 por ciento de los diagnósticos terapéuticos de segundo nivel, es decir aquellos que por lo general requieren hospitalización” (Seguro Popular, 2012).

Las más de mil 500 enfermedades financiadas por el Seguro Popular están relacionadas con especialidades como: urgencias, salud bucal, ortopedia, traumatología, reumatología, rehabilitación, estomatología, salud mental y adicciones, ginecología y obstetricia, pediatría, dermatología, entre otras. Además de acciones de prevención y promoción de la salud, así como atención de padecimientos transmisibles, crónico-degenerativos y cirugía general.

Así mismo, por medio del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC); el Seguro Popular aporta los recursos económicos para la cobertura de 58 intervenciones de alta especialidad (tercer nivel de atención) agrupadas en 17 enfermedades:

1. Cáncer cérvico-uterino.

2. VIH / sida.
3. Cuidados intensivos neonatales.
4. Cataratas.
5. Todos los tipos de cáncer en niños y adolescentes (hasta los 18 años).
6. Trasplante de médula ósea en menores de 18 años.
7. Trasplante de médula ósea en mayores de 18 años.
8. Cáncer de mama.
9. Cáncer testicular.
10. Linfoma no Hodgkin que es cáncer ganglionar.
11. Trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos.
12. Trasplante de córnea.
13. Enfermedades lisosomales en menores de 10 años (éstas impiden procesar el azúcar y las proteínas).
14. Hemofilia en menores de 10 años.
15. Infarto agudo al miocardio en menores de 60 años.
16. Cáncer de próstata.
17. Trasplante de riñón.

La cobertura médica financiada por el Seguro Popular responde a perfiles epidemiológicos y a la demanda de servicios.

Las personas afiliadas pueden ver satisfechas de manera integral sus necesidades de salud a través de servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios.

Esta protección en salud de padecimientos en los que el Seguro Popular

invierte para que sus afiliados reciban atención médica, se amplía gradualmente conforme a un análisis de costo-efectividad, la disponibilidad de recursos sobre todo y la aceptación social. La incorporación de nuevas enfermedades y servicios médicos se establece de acuerdo, como se mencionó anteriormente, a los cambios epidemiológicos y al desarrollo tecnológico y se va actualizando periódicamente, previa aprobación y autorización del Consejo de Salubridad General de la Secretaría de Salud, el cual determina y emite las disposiciones en esta materia.

Con el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), TODAS las intervenciones médicas para menores de cinco años, no consideradas en el Causes ni en el FPCG, están cubiertas. Es decir que a través del SMNG, la cobertura es total (131 intervenciones) (Seguro Popular, 2013).

Antecedentes del Seguro Popular

La cronología presentada por el Seguro Popular es la siguiente:

El 8 de enero de 2001 se presentó ante los legisladores federales el Seguro Popular como una política en salud, en diciembre del mismo año se inició el programa piloto en cinco estados.

El 12 de noviembre de 2002 el poder Ejecutivo envió una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud al Senado de la República, mediante la cual se incorpora, como materia de salubridad general, la protección social en salud.

El 24 de abril de 2003 el Senado de la República aprobó el proyecto, el 30 del mismo mes y año la Cámara de Senadores aprobó el proyecto en definitivo (Seguro Popular, 2012).

Objetivos Instrumentales

El programa persigue además tres grandes objetivos instrumentales:

1. Proporcionar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción del aseguramiento público en materia de salud.
2. Crear una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios del Seguro popular de Salud (SPS).
3. Disminuir el número de familias que se empobrecen cada año al enfrentar gastos en salud.

Estructura Organizacional

Está a cargo de los servicios estatales de salud apoyada en una red conformada por un hospital general y un conjunto de centros de salud que cumplen con las siguientes funciones:

- Programación de exámenes preventivos y citas para consultas, integración de expedientes clínicos.
- Mecanismos de referencia y contrarreferencia, expedición y surtimiento de recetas.

Manejo de Recursos

El Seguro Popular de Salud se financia de la siguiente manera: primero, con una aportación del Estado nacional idéntica a la del IMSS y el ISSSTE; segundo, una aportación solidaria que, en lugar de la cuota patronal, es cubierta por los gobiernos estatales y federal; tercero, una aportación familiar

análoga a la cuota obrera de la seguridad social, la cual es proporcional a la capacidad de pago y puede ser de cero en el caso de las familias muy pobres.

Lo que resta de la cuota social y de las contribuciones solidarias federal y estatal (más de 90% de los recursos públicos del SPS) se asignan a los estados para financiar el paquete de servicios esenciales. A estos recursos se suman las contribuciones familiares, que, al igual que la contribución solidaria estatal, se recaban en el ámbito estatal (Seguro Popular, 2013).

Este modelo de financiamiento implica un cambio radical en los incentivos para los gobiernos estatales y los prestadores, ya que la asignación de recursos está determinada en gran medida por el número de familias afiliadas al SPS y por lo tanto está orientado por la demanda. Los estados tienen el incentivo de afiliar a toda la población en la medida en que su presupuesto estará crecientemente basado en una cuota anual por familia.

Para fines de financiamiento, los servicios ofrecidos por el SPS se dividen en servicios esenciales y servicios de alto costo. Los servicios esenciales son los que conforman el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES); se ofrecen en unidades de atención ambulatoria y hospitales generales, y se financian con recursos que se concentran en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSP). Los servicios de alto costo se ofrecen en hospitales de especialidad y se financian a través de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

El FPGC se constituye con 8% de la suma de la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal, así como otras fuentes de recursos (intereses devengados de la inversión de los recursos disponibles, aportaciones adicionales provenientes de donaciones o aprovechamientos fiscales).

Además del FPGC, el SPSS cuenta con otros dos fondos: el primero de ellos, equivalente a 2% de la suma de la cuota social, la contribución solidaria federal y la contribución solidaria estatal, está destinado a la promoción de infraestructura en las comunidades pobres; el segundo, igual a 1% de esa

misma suma, cubre las fluctuaciones en la demanda y los pagos temporalmente retrasados dentro de los estados.

Los estados son responsables del manejo de recursos asignados por la federación para la compra de medicamentos, contratación de personal y prestación de servicios en general.

El manejo financiero lo realizan los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) quienes también hacen convenios de colaboración con la estructura estatal de servicios para la asignación de fondos. Los REPSS pueden incluso contratar prestadores privados para garantizar la prestación.

En cuanto a que una unidad pueda ofrecer servicios al SPS, debe ser acreditada por la dependencia estatal en donde se quiere brindar servicios del Seguro Popular y entran al programa Anual de Acreditación, que cumpla con los requisitos establecidos en la Norma Oficial Mexicana para la Normal Oficial Mexicana para la Atención.

Beneficiarios

- Los cónyuges.
- La concubina y el concubinario.
- El padre y/o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato y los hijos menores de edad;
- Los menores de edad que formen parte del hogar y tengan parentesco de consanguinidad con los mencionados en los números 1 a 3.
- Los hijos solteros de hasta 25 años que prueben ser estudiantes.
- Los hijos discapacitados dependientes;

- Los ascendientes directos mayores de 64 años, que sean dependientes económicos y vivan en el mismo hogar.
- Las personas que no tienen parentesco de consanguinidad con los mencionados en los números 1 a 3 y que habitan en la misma vivienda y dependan económicamente de él y sean menores de 18 años, o discapacitados dependientes de cualquier edad.

Cuotas

Las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud vigentes para el Ejercicio Fiscal de 2012 son contributivas de acuerdo al decil de ingreso, a partir del quinto decil se pagan \$2,074.97 y en el décimo decil pagan \$11,378.86. Dentro del régimen no contributivo se consideran a las siguientes familias, a las familias de los deciles más bajos que son del I al V se abstienen de pago ya que las familias beneficiadas están en algunos de los programas de combate a la pobreza del Gobierno Federal (Seguro Popular, 2013).

Las personas mayores de 18 años de edad que se afilien de manera individual pagan el 50% del monto de la cuota familiar acorde al decil de ingresos en el que se encuentre.

Los requisitos de afiliación al programa son, residir en territorio nacional, no ser derechohabiente de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, etc.) Solicitar la afiliación de la familia en los módulos de afiliación y orientación, proporcionar la información necesaria para la evaluación socioeconómica de la familia.

El programa está conformado por las siguientes cinco áreas de gasto más importantes del fideicomiso:

- Compra de antirretrovirales.
- Inversión en infraestructura.

- Vacuna anti-influenza.
- Vacuna anti-neumococo.
- Tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda.

En cuanto al destino de recursos del fideicomiso 37% se dedica a la compra de antirretrovirales, más del 25% se designa al mejoramiento de la infraestructura hospitalaria y el 15.4% del total se empleó en la compra de vacunas.

Casi 71% del total de los recursos transferidos por el fideicomiso, de acuerdo con el informe de la comisión, proviene de la FPGC.

Para la ejecución de los egresos de los fondos del fideicomiso la fiduciaria emplea cinco subcuentas, la primera de ellas se transfiere recursos del fondo de protección contra gastos catastróficos. En la segunda se asigna recursos al FPGC, pero sólo aquellos que provienen de la industria tabacalera (IT).

En la tercera se desembolsan recursos para el fondo de previsión presupuestal (FPP); a la cuarta subcuenta se destina a egresos, como honorarios y comisiones y por último en la quinta cuenta se pagan los intereses por devolución de recursos a la Tesorería de la Federación (TESOFE).

La semana de la seguridad social

Es un programa que se ha llevado a cabo en años anteriores en países de América Latina cuyo objetivo es:

“sensibilizar, concienciar e involucrar a la población interamericana, desde una edad temprana hasta una edad adulta” (La Semana de la Seguridad Social, 2013).

La seguridad social para todos es el programa social y educativo que está dedicado a construir una cultura en seguridad social para sensibilizar a la población poco a poco en general acerca de los valores y principios que la sustentan, poniendo a disposición de todas las personas, sin importar edad o situación económica.

“La iniciativa parte de la premisa de que la seguridad social está presente en todas las etapas de la vida de las personas, pero en general se ignora su presencia y se desconocen sus aportes en favor de una vida más digna. Aún en la actualidad, una proporción importante de las poblaciones de los países de América Latina carecen de protección social.” (La Semana de la Seguridad Social, 2013)

Los países colaboradores de este programa son Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

CAPITULO V. Conclusiones y recomendaciones

A manera de conclusiones se puede destacar una evaluación inicial del impacto que ha tenido la inclusión del Seguro Popular dentro del sistema de Salud en México.

El Seguro Popular integra el sistema de Protección Social en Salud, este programa otorga una cobertura de servicios de salud al público y de manera voluntaria para toda aquella población que no sea derechohabiente de alguna institución de seguridad social.

El programa del Seguro Popular va dirigido a todas las personas que no están inscritas en algún tipo de seguro social, lo que quiere decir que este programa no va dirigido para las personas más vulnerables y desprotegidas del país.

Pero si bien es cierto, el Seguro Popular no va enfocado a las personas de bajos recursos ya que este programa va desde el primer decil de ingresos hasta el decil número diez, por lo cual no beneficia solo a las personas más desprotegidos del país.

El Seguro Popular tiene como objetivo brindar cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario, para aquellas personas de bajos recursos que son desempleadas o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social.

Este programa no tiene como propuesta crear nueva infraestructura (hospitales) para proveer a la población afiliada los servicios del Seguro Popular puesto que son atendidos en Hospitales Generales del IMSS e ISSSTE, por lo que reduce en mayor manera los servicios que se brindan a todos los asalariados dados de alta en alguna de estas instituciones de salud.

En cuanto a la afiliación no hay problema ni mucho tiempo de espera, sin embargo, se tiene que estar atento en la renovación del programa ya que de otra manera, si no se renueva a tiempo, se tiene que esperar seis meses para

volver a tener los servicios, es decir, que cuando no se cumplan con las cuotas, el servicio del seguro popular será retirado. Y únicamente la población perteneciente a los cuatro primeros deciles no paga cuota alguna porque están afiliados a otros programas de seguridad social y debido a sus escasos recursos.

Un aspecto que se observa es el posible desvío de recursos económicos, puesto que los estados son quienes administran y distribuyen los recursos. Así también, mientras más personas afilien al Seguro Popular los encargados de hacer esto, les dan más comisiones y por lo tanto hay un mal uso de los recursos y no se invierte en infraestructura, o en aumentar el personal especializado para atender las enfermedades.

Otro aspecto es que los servicios médicos son centralizados en el Distrito Federal y se descuida el resto de los estados de la república Mexicana que también necesitan atención médica, hospitales y médicos que están concentrados en su mayoría en el Distrito Federal.

Por otro lado, se observa que este programa de salud fomenta el trabajo informal ya que va dirigido a las personas que no cuentan con seguridad social o servicios de salud puesto que no tienen un empleo formal

Los integrantes de las familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud a través del Seguro Popular tendrán acceso a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud. Actualmente, el Seguro Popular ofrece una atención médica de 284 intervenciones de primer y segundo nivel de atención, lo que representa una cobertura de más de mil 500 enfermedades (Seguro Popular, 2013).

Con respecto a lo anterior, cabe resaltar que no se cuenta con suficientes hospitales para que sean atendidas las personas y que la población afiliada al Seguro Popular son atendidos en Hospitales Generales del IMSS y del ISSSTE, por lo que reduce en gran parte los servicios que se brindan a todos los asalariados dados de alta en alguna de estas instituciones de salud.

Es importante mencionar que estas unidades de hospitales en su mayoría se encuentran centralizadas en la Ciudad de México, lo cual sigue complicando el acceso a la atención médica al resto de los estados de la república.

El programa abarca muchas enfermedades de todo tipo, casi todas las que existen, según lo establecido en el manual de enfermedades, sin embargo los cánceres más complejos y los más costosos son excluidos para su atención médica.

Como beneficiario del Seguro Popular, se tiene derecho a recibir consultas médicas en el centro de salud, o cuando el médico así lo indique consultas de especialidad, cirugía y atención hospitalaria, al igual que medicamentos, estudios de laboratorio y de gabinete incluidos en el CAUSES.

Actualmente se pretende construir un Estado que sea capaz de enfrentar los desafíos de la era postindustrial un Estado del siglo XXI, que al mismo tiempo garanticen la fuerza de los derechos sociales y la competitividad de cada país en el ámbito internacional. De esta manera, una tercera vía ha sido buscada entre el *laissez-faire* y el modelo antiguo burocrático de intervención social del Estado.

Construir un nuevo tipo de Estado es también la principal consideración para que continúe siendo un instrumento fundamental para la Economía. Y ahora la pregunta es si el Estado se encuentra preparado para enfrentar la competencia económica internacional; para ello, es necesario desarrollar la capacidad de los gobiernos para actuar como un catalizador para atraer a las comunidades, a las empresas o para ciertos rubros del sector terciario que compartieran en la responsabilidad de ejecutar las obras públicas, especialmente en el ámbito de la salud.

Estos cambios estructurales entre otros sólo pueden hacerse posibles en México cuando los proyectos de reforma del Estado tengan en cuenta tres grandes problemas específicos en la región: la consolidación de la democracia, la necesidad de reanudar el crecimiento económico y la reducción

de las desigualdades sociales.

La doctrina neoliberal establece que al Estado-Gobierno tiene la responsabilidad de la producción de bienes públicos pero de manera restrictiva. Con acciones dirigidas al individuo con externalidades. Y se establece que deben tomarse medidas regulatorias para contrarrestar las imperfecciones del mercado.

La crisis económica que se vive en la década de los sesentas y las fallas internas del Estado Benefactor impulsan el regreso de políticas anteriores, trayendo consigo un retroceso, de estas primeras políticas destaca el individualismo, que se caracteriza sin tomar en cuenta los intereses y las necesidades de la sociedad.

Surgen políticas sociales diferenciadas en países occidentales, centrales y periféricos. Los países motores del desarrollo son los centrales, mientras que los periféricos tienden al desarrollo, por lo tanto es importante diferenciar la política social y el Estado Benefactor. La estructura del Estado Benefactor, sus diferentes modos que implican un proceso de desestructuración nunca terminada.

Con esta investigación se llega a la conclusión que esta lucha ha sido de muchos años en donde no se ha obtenido el seguro universal de salud, aun cuando es el objetivo de varios programas de salud a lo largo de diferentes sexenios.

Las políticas públicas no pueden ser las mismas ante diferentes necesidades de la sociedad, ante las mismas épocas, ni ciertos programas de un país desarrollado puede ser aplicables a una economía en vía del desarrollo. Por lo tanto, la seguridad social debe estar en constante cambio para ser adecuada al tiempo, al tipo de enfermedades que se van desarrollando y al tipo de economía que se tiene. De esta manera se podrá satisfacer las expectativas de la población para que den respuestas adecuadas a las problemáticas actuales de la seguridad social y en específico de la salud, para poder enfrentar de una mejor manera los desafíos de la actualidad.

Los servicios con los que contamos no se ajustan geográficamente a las necesidades de la población, lo que se traduce en una falta de correspondencia entre la necesidad y la demanda de los diferentes grupos sociales, y la oferta y distribución de recursos y servicios.

Existen importantes problemas de acceso, tanto por barreras geográficas como por otras culturales, económicas y organizacionales.

En cuanto a la calidad de los servicios, deja mucho que desear, pues éstos no alcanzan los beneficios esperados debido a la falta de efectividad de los mismos, fallas en la estructura de los servicios y/o problemas en el proceso de atención médica. Además, existe una gran inequidad en términos de calidad entre distintas regiones del país.

Los recursos con los que cuentan los servicios no se racionalizan ni se optimizan.

Existe una subutilización de unidades médicas, al mismo tiempo que una falta de las mismas en otras regiones.

Faltan recursos adecuados tanto materiales como humanos para resolver los problemas prioritarios de salud, mientras que existe una asignación significativa a asuntos de importancia secundaria y a atención de alto costo y cuestionable efectividad.

Inconvenientes alternos en el sistema de salud

- La presencia de la ideología y de la forma de pago planteada por la OMS con énfasis financieros.
- Poca visibilidad en los impactos sobre la atención de daños y el nivel de salud de la población.
- Formulación de un paquete básico esencial plus preventiva y dotada de baja

capacidad resolutive médico-clínica.

- Ausencia de adecuada perspectiva clínica y clínica-hospitalaria.
- Base financiera poco definida.
- Según la OCDE el gasto total del PIB destinado a la salud en México es de 6.2% en 2010 cuando el promedio en gasto de salud en América Latina es de 6.9% del PIB. Por consiguiente no se ha alcanzado la inversión promedio en salud para mejorar la calidad, la eficiencia, el abastecimiento de servicios, el incremento de infraestructura y el aumento de personal especializado.

Recomendaciones

- Relacionar la salud con el desarrollo económico y social.
- Hacer un trabajo interdisciplinario de especialistas (Economistas, Médicos, Nutriólogos, Terapeutas, Psicólogos, Ingenieros especialistas, etc.) para tener un programa integral para que se obtenga un mejor resultado en la atención de salud en México.
- Promover la Medicina preventiva para así tener los cuidados requeridos desde que se es pequeño con la información adecuada para prevenir las enfermedades y la información para que se hagan los exámenes anuales o requeridos para atender la enfermedad y tener mayores posibilidades de vida.
- Enfrentar los problemas emergentes.
- Mejorar la calidad de los servicios de salud.
- Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población.
- Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud.

- Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud en todos los estados de la república mexicana.
- Proveer infraestructura y personal capacitado en las áreas rurales del país, ya que son las más olvidadas y desprotegidas.
- Reclamar que el derecho a la salud les corresponde a todas las personas y que está establecido en el artículo 4 de la Constitución Política Mexicana.

Bibliografía

1. Ayala, J., (2002) Fundamentos Institucionales del Mercado. Facultad de Economía, UNAM. México.
2. Barreiro, R., (1996) Evaluación de los riesgos de la reforma. Alternativas de Reforma de la Seguridad Social (L. Mussot, ed.), pp. 77-89, México, D.F.
3. COPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados), (1982) Necesidades Esenciales en México, No. 4, Salud. México, D.F.
4. IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), (1997) Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.
5. Frenk, J. y O. Gómez Dantés, (2008) El Sistema de Salud de México. Nostra Ediciones, México D.F.
6. Klitgaard, R., (1995) "Institutional Adjustment and Adjusting to Institutions" World Bank Discussion Papers No. 303, 1995. Banco Mundial, Washington D.C.
7. Laurell, C., (1995) Para pensar una política social alternativa. Estado y políticas sociales después del ajuste. Debates y Alternativas (C. Vilas, ed.) pp. 183-187, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco/ Editorial Nueva Sociedad. México, D.F.
8. Laurell, C., (1996) No Hay Pierde: Todos Pierden. La Reforma a la Ley del IMSS. Instituto de la Revolución Democrática. México, D.F.
9. López, O. La política de salud en México. ¿Un ejemplo de liberalismo social? Un Estado y políticas sociales en el neoliberalismo (C. Laurell, ed.), pp. 183, México D.F. Fundación Elbert.

10. Narro Robles, José. La seguridad social mexicana en los albores del siglo XXI. Una visión de la modernización de México. Primera edición. Fondo de cultura económica. México, 1993.
11. North, D. C., (1991) *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge University Press, Cambridge.
12. Olson, Mancur (2000). *Power and Prosperity: outgrowing communist and capitalist dictatorships* New York: Basic Books.
13. Parkin, M., (2004) *Economía*. Sexta edición. Pearson Educación, México.
14. Picó, Josep. *Teoría sobre el Estado de Bienestar*, Siglo XXI editores, 3aed. 1999.
15. Poder Ejecutivo Federal. (1988) *Plan Nacional de Desarrollo 1984-1988*. Poder Ejecutivo Federal. México, D.F.
16. Poder Ejecutivo Federal. (1994) *Programa Nacional de Salud 1990-1994*. Poder Ejecutivo Federal. México, D.F.
17. Programa de Reforma del Sector Salud. (1995) *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*. Poder Ejecutivo Federal. México, D.F.
18. Regonini, G. (2001) *Capire le politiche pubbliche*. Bologna: Il Mulino.
19. Ruiz Moreno, A. (1997) *Nuevo Derecho de la Seguridad Social*. Editorial, Porrúa. México.
20. Soberón, A. y J., Kumate. (1988) *La salud en México: Testimonios 1988*. El Cambio estructural. Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica. México, D.F.

21. Tamez González, S. y R., Valle Arcos. (2005) "Desigualdad social y reforma neoliberal en salud", *Revista Mexicana de Sociología*, 67(2): 321-356. México.

22. Ulloa, O., (1996) *Nueva Ley del Seguro Social: La reforma previsional de fin de siglo*. El Cotidiano, 76:21-26. México.

Páginas web

- **Banco Mundial**

<http://datos.bancomundial.org/>

Fecha de consulta: Enero 2013.

- **Comisión Nacional de Protección Social en Salud**

<http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/>

Fecha de consulta: Enero 2013.

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>

Fecha de consulta: Enero 2013.

- **El Seguro Popular (SPS)**

http://www.seguropopular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=3

Fecha de consulta: Noviembre 2011

- **Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)**

http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/historia_5.aspx

Fecha de consulta: Marzo 2012

- **La Semana de la Seguridad Social**

<http://www.seguridadsocialparatodos.org/node/8>

Fecha de consulta: Abril 2013

- **Ley del Seguro Social**

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf>

Fecha de consulta: Junio 2012

- **Sistema de Protección Social de Salud, Evaluación de procesos Administrativos**

http://www.seguropopular.gob.mx/images/contenidos/Estudio_Satisfaccion/06_Evaluacion_Procesos_Administrativos_2007.pdf

Fecha de consulta: Noviembre 2010

- **Organización Internacional del Trabajo (OIT)**

<http://www.ilo.org/global/lang-es/index.htm>

Fecha de consulta: Enero 2013

- **Organización Mundial de la Salud (OMS)**

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>

Fecha de consulta: Febrero 2013.

- **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)**

<http://www.oecd.org/centrodemexico/laocde/>

Fecha de consulta: Febrero 2012