

¿Hacia dónde debe ir el sistema de salud en México? Una perspectiva desde el derecho a la salud*

Oliva López Arellano, Edgar C. Jarillo Soto

La situación de la salud en México

La salud de las colectividades es resultado de las condiciones de vida y trabajo en las que desarrollan su vida cotidiana y de la capacidad societal de satisfacer en forma suficiente, en calidad y cantidad las necesidades humanas esenciales de sus integrantes.

Los perfiles de enfermedad y muerte de las poblaciones sintetizan las condiciones en que transcurre su vida y están estrechamente ligados a las características del empleo, el nivel de ingreso, el nivel educativo y la alimentación, así como a las condiciones de la vivienda, el acceso a agua potable e infraestructura sanitaria, el ambiente salubre y el acceso a servicios de salud, todos ellos considerados determinantes de la salud y reconocidos como condiciones necesarias para garantizar el derecho a la salud¹.

Oliva López Arellano, Doctora en Ciencias en Salud Pública. Profesora-investigadora de tiempo completo, Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco, México (UAM-X). Correo-e: oli@correo.xoc.uam.mx

Edgar C. Jarillo Soto, Doctor en Sociología. Profesor-investigador de tiempo completo, UAM-X. Correo-e: jsec6322@correo.xoc.uam.mx

* Este documento, forma parte de una discusión más extensa en torno a la “La seguridad social universal que queremos. Una perspectiva desde las y los trabajadores”, que contiene una propuesta elaborada por un colectivo de organizaciones y personas. <http://goo.gl/fh1MWq>

¹ El derecho es un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud (OEA, 1988).

La dinámica económica y sociopolítica de los últimos 30 años, convierte a México en una nación crecientemente urbanizada e integrada en forma subordinada a la economía mundial y transforma los modos de vida, los procesos de trabajo, el uso del tiempo, los arreglos familiares, las dinámicas de vida cotidiana y las relaciones de poder al interior de los grupos domésticos.

En este periodo, dominado por la perspectiva de la economía neoclásica y la ideología neoliberal, se concentra el ingreso, se incrementan la flexibilización y la precarización laboral, el subempleo y el desempleo, mientras se privatizan bienes públicos y se fortalecen mercados oligopólicos desregulados. Así mismo, se reduce el tiempo libre de calidad y se generan condiciones masivas de estrés permanente, configurando nuevas formas de sociabilidad, que rompen el tejido comunitario y producen descomposición social y violencias múltiples.

Las transformaciones de los modos de vida, sumadas a los cambios demográficos, en contextos de empobrecimiento generalizado e incremento de las desigualdades, hacen que en el conjunto de problemas colectivos de salud, persista la patología carencial e infecciosa y predomine la morbilidad por enfermedades no transmisibles, que produce discapacidades y muertes prematuras en adultos y se incrementen las lesiones accidentales e intencionales.

El modelo neoliberal, que despoja y excluye a las mayorías, mientras concentra la riqueza en unos cuantos, se impone a través de un gobierno promotor y gestor de mercados, sin responsabilidad social y un Estado secuestrado por los poderes fácticos, omiso frente a sus

Cuadro 1.
Indicadores de mortalidad. México, 1980-2015

Indicador	1980	1990	2000	2005	2010	2014
Esperanza de vida al nacer (años)	67.0	71.4	74.0	75.7	74.3	74.9
Mortalidad infantil		32.6	20.9	22.9	14.1	10.7
Mortalidad en la infancia (0-4 años)*	54	36	28	20	19	12
Mortalidad, hombres adultos (15-59 años) *	246	186	158	139	122	ND
Mortalidad, mujeres adultas (15-59 años) *	145	107	91	79	66	ND
Mortalidad por todas las causas *	6.7	5.0	4.5	4.8	4.2	5.2
Mortalidad por enfermedades transmisibles, de la nutrición y la reproducción **	34.4	26.2	14.0	14.0	12.5	12
Mortalidad por enfermedades no transmisibles **	49.8	59.8	73.3	73	73	75
Mortalidad por lesiones accidentales e intencionales **	15.7	13.9	12.7	13	12.5	13

* Por mil, estimado con base en tablas de mortalidad

** Por ciento

Fuente: Elaboración a partir del Programa Nacional de Salud, 2001-2006, México; Programa Nacional de Salud, 2007-2012, México y Programa Nacional de Salud, 2013-2018, México; Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) (2008) Esperanza de vida por entidad federativa. Revisado el 13 de marzo de 2015 de: http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/IS_EspVidaNacer2000-2007.xls; Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2014) Proyecciones de la población en México 2010-2050. Revisado el 13 de marzo de 2015:

http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/2010_2050/RepublicaMexicana.xlsx. Mortalidades y esperanza de vida 2015 en:

<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo128&s=est&c=23601>

responsabilidades constitucionales en términos de derechos humanos. El incremento de los riesgos estructurales para la salud se manifiesta en la complejización epidemiológica, en la vida vivida con discapacidad y en la persistencia de inequidades socio-sanitarias. Para el 2010, entre las principales causas de muerte en mujeres destacan la enfermedad isquémica del corazón, la diabetes mellitus, la enfermedad renal crónica y la enfermedad cerebrovascular; mientras que en hombres, entre las principales causas de defunción destacan la enfermedad isquémica del corazón, la cirrosis, la diabetes mellitus, la enfermedad renal crónica y los homicidios.¹ Ver cuadro 1.

Desigualdades socio-sanitarias

La polarización social se expresa en el empobrecimiento de la población y en el incremento de las desigualdades. Entre los años 2010 y 2012 la pobreza en México pasa de 52.8 millones a 53.3 millones de personas, de un total de 117 millones de habitantes. De acuerdo al reporte de Medición de la Pobreza presentado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social², 45.5 por ciento de los mexicanos son pobres y 40.7 millones más (34.7

por ciento) son vulnerables y podrían caer en pobreza, ya sea por tener ingresos bajos o por no tener acceso a la educación, salud, vivienda o seguridad social. Esto significa que 8 de cada 10 mexicanos son pobres o vulnerables. La pobreza extrema disminuye 1.5 por ciento entre 2010 y 2012, pero a pesar de este decremento, 11.5 millones de personas viven en esta condición³.

Las desigualdades de género se manifiestan en que, comparadas con los hombres, 2,5 millones más de mujeres viven en condiciones de pobreza, 8 millones más de mujeres trabajan y no cuentan con seguro médico, ni tienen derecho a una pensión y 7,6 por ciento de las mujeres mayores de 15 años son analfabetas, frente al 4,8 por ciento de hombres analfabetos.

Respecto a la condición de etnicidad, la población indígena concentra las condiciones más agudas de pobreza y marginación y los índices más desfavorables de desarrollo humano. Por ejemplo, la población indígena mayor de 15 años que es analfabeta alcanza 32,5 por ciento y en algunas entidades el analfabetismo de la mujer indígena duplica al del hombre indígena.

Estas condiciones de pobreza y desigualdad se manifiestan en perfiles de salud/enfermedad polarizados y crecientemente complejos. Datos de diversas fuentes, entre las que destacan la Secretaría de Salud y la Organización Panamericana de la Salud⁴, señalan que:

El indicador de esperanza de vida al nacer para el año 2011, a nivel nacional era de 73.2 años para el sexo masculino y 77.9 años para el sexo femenino, mientras que para la población indígena era de sólo 68.6 años⁵. Así mismo la prevalencia de talla baja en menores de 5 años, es más alta en las áreas rurales que en las urbanas y se reconoce la existencia de desnutrición y de hambre.⁶

En 2010, la mortalidad infantil del Distrito Federal (DF) y de Nuevo León era relativamente baja, (10 defunciones por 1000 nacidos vivos registrados – NVR-), mientras que en los Estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca el indicador ascendía a 18.9, 19.1 y 17.1 muertes por 1000 NVR, respectivamente⁷. Estas brechas socio-sanitarias también se observan en los municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH) que tienen una mortalidad infantil de 32.5 defunciones por 1000 NVR, dos veces más que en los municipios con mayor IDH. Si bien la mortalidad infantil ha disminuido, en los municipios con menor IDH es 2,2 veces mayor que el promedio nacional.⁸

En los datos referidos se señala que casi una tercera parte de las defunciones ocurridas en los 100 municipios con mayor marginación en el país, se debe a padecimientos transmisibles, de la nutrición y la reproducción. Estas proporciones son semejantes a las que presentaba el país hace 18 años en el DF y Nuevo León hace 25 años⁹. Asimismo, la edad promedio de muerte de una mujer que vive en estos municipios es de 51 años y de un hombre es de 49 años.¹⁰

Las desigualdades en los indicadores de daño también se expresan en la razón de mortalidad materna que para el 2010 aún es elevada para el país (51.5 por 100 000 NV), pero aún más para los Estados de Guerrero y Oaxaca, en donde el indicador es de 85.5 y 88.7 defunciones maternas por 100 000 NV respectivamente.¹¹

Los psicostornos y las adicciones tienen un peso creciente entre los problemas de salud actuales. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica señala que 7.8% de la población ha presentado un cuadro de depresión mayor en su vida, con una relación de 2.5 a 1 entre mujeres y hombres¹². El consumo de tabaco es responsable de unas 60.000 muertes anuales y catorce millones de mexicanos de entre 12 y 65 años fuman. Mientras que la prevalencia de consumo de alcohol en hombres mayores de 20 años aumenta de 56.1 en 2000 a 67.8 en 2012 y en mujeres de 24.3 a 41.3 en los mismos años, y se estima que 50 por ciento de los accidentes vehiculares con víctimas mortales se asocia con consumo de alcohol¹³ con 24 mil defunciones al año, la población joven es la más afectada con 34.1 por ciento de las defunciones por accidentes de tránsito.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones (2008) el consumo de drogas en mexicanos entre 12 y 65 años aumenta de 5 por ciento en 2002 a 5.7 en 2008 y la prevalencia de consumo de drogas es 2 veces mayor en zonas urbanas respecto a áreas rurales.¹⁴

En la carga de enfermedad atribuible a factores de riesgo destacan el consumo de alcohol y la violencia de pareja en mujeres de 15 a 24 años, mientras que en los hombres del mismo grupo de edad, se identifican como factores predominantes el consumo de alcohol y los riesgos ocupacionales¹⁵.

Las enfermedades y accidentes de trabajo así como los impactos específicos derivados de la contaminación ambiental son subestimados, debido a que el registro de estos problemas se limita a las patologías reconocidas en la legislación como enfermedades laborales y las empresas sub-reportan los accidentes para reducir sus índices de siniestralidad. Los problemas de salud derivados de la contaminación del entorno laboral y de vivienda, resultado de procesos agroindustriales (uso masivo de pesticidas), extractivos (minería a cielo abierto) y de urbanización salvaje (contaminación por emisiones de fábricas y automotores); no se reconocen o se ocultan, por lo cual se carece de un panorama certero de lo que sucede en el país.

La violencia en México se ha incrementado aceleradamente en los últimos años, con mayor afectación (pero no únicamente) en los varones jóvenes. Para 2012, la mortalidad por homicidio en hombres es de 35.6 por 100 000 hombres y la razón hombre/mujer es de 8.3 muertes de varones por una defunción por homicidio en mujeres¹⁶. La magnitud de estas muertes violentas está impactando negativamente el indicador de esperanza de vida, con una pérdida estimada de 0.6 años¹⁷.

Diariamente, por la violencia 50 personas mueren, 1 250 reciben tratamiento médico y 100 sufren algún tipo de discapacidad. Los asesinatos relacionados con el tráfico de drogas han aumentado drásticamente y el costo económico de la inseguridad en México se estimaba en 8,9 por ciento del PIB para el 2009.¹⁸

El panorama socio-sanitario del país es complejo y desigual, ilustrado con los indicadores de daño detallados en párrafos anteriores, en comparación con países como Cuba o Canadá o con los indicadores promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) las diferencias son importantes y México presenta los peores indicadores en esperanza de vida al nacer, mortalidad neonatal, infantil y materna; defunciones por cáncer cérvico-uterino y diabetes, así como en muertes por accidentes automovilísticos¹⁹. También se puede afirmar, que ni siquiera los compromisos adquiridos en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Organización de las Naciones Unidas) serán cumplidos, en particular las metas referidas a la reducción de la mortalidad materna y al combate del VIH/SIDA.

La atención de la salud en México

En el país se han configurado históricamente tres subsistemas de atención a la salud claramente diferenciados: el de seguridad social, ligado al empleo formal con sus dos principales instituciones: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) e instituciones de seguridad social para trabajadores al servicio de gobiernos estatales, para los trabajadores de Petróleos

Mexicanos, de la Secretaría de la Defensa Nacional y de la Secretaría de Marina; el subsistema de atención a población “abierto” (Secretaría de Salud, 32 Servicios Estatales de Salud, programa IMSS-Prospera y DIF) y, el subsistema de servicios privados con gran heterogeneidad al incluir la gran empresa hospitalaria, clínicas medianas y pequeñas, consultorios vinculados a farmacias y unidades de atención de organizaciones civiles, sociales, eclesiásticas, entre otros. Además de la diversidad institucional para la prestación de servicios de atención médico-sanitaria, presenta gran diversidad normativa, financiera, organizacional, programática y poblacional.

La atomización del Sistema Nacional de Salud (SNS) también se expresa en la multiplicidad de programas. El Gobierno Federal contaba con un total de 40 programas y acciones relacionados con la atención, el acceso y los servicios de salud en 2010 (64 por ciento de los recursos aprobados en 2010 para la función de salud de desarrollo social, es decir, 227 mil 646 millones de pesos). Éstos representan 15 por ciento del universo de 273 programas de desarrollo social reunidos en el Inventario CONEVAL 2010.

Esta segmentación institucional conlleva diferencias que inciden en la capacidad de producción de servicios y en su calidad, limitando la eficiencia, eficacia y cobertura del SNS. La heterogeneidad del sistema genera diferencias e inequidades en la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención y le resta capacidad de respuesta frente a la compleja situación sanitaria del país.

A pesar de la fragmentación de origen del sistema de salud mexicano, hasta 1982, las principales instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) y de atención a población abierta, desarrollaron una heterogénea red de servicios en todo el territorio nacional e incrementaron en forma sostenida la cobertura, incorporando gradualmente a las poblaciones a los servicios médico-sanitarios. Sin embargo el proceso de ajuste estructural y la primacía de la ruta de global-subordinación neoliberal a la que se adscriben desde entonces los sucesivos gobiernos, impulsan el desmantelamiento de las instituciones públicas y

fortalecen la visión de ofrecer “paquetes básicos” de servicios para pobres, mientras se promueve activamente la conformación de mercados estables para la resolución de las necesidades sociales de los no pobres²⁰.

En esta dinámica, se redujo el gasto público en salud, se desatendió la red pública de atención, los servicios de salud se deterioraron, se aceleró la obsolescencia del equipamiento y se agravó la insuficiencia e inadecuación de las instalaciones y de personal. El deterioro de la infraestructura para la atención y la precarización de las condiciones de trabajo de los equipos de salud, se acompañaron de un discurso tecnocrático que simplifica la interpretación de la producción social de la enfermedad y responsabiliza a las personas enfermas por adoptar conductas de riesgo y estilos de vida insanos.²¹

El deterioro de lo público inducido por la política gubernamental se puede ilustrar con la evolución del gasto público en salud en México en el periodo 1982-2004, que decrece de 3.7 a 2.7 por ciento del PIB en 2004²², recuperándose gradualmente a partir de 2007 a expensas del incremento de fondos para el Seguro Popular de Salud (SPS), para llegar a 3.1 por ciento en 2012, sin recuperar la proporción de 3.7 por ciento de los años 80. Este desfinanciamiento afecta gravemente al IMSS, particularmente el fondeo del seguro de enfermedades y maternidad, debido a la reforma que en 1997 privatiza el fondo de pensiones, obliga al Instituto a constituir reservas económicas e impide su transferencia a las ramas deficitarias de aseguramiento. Esta situación limita sus posibilidades de inversión en infraestructura médica, cuyo déficit se estima en 60 mil millones de pesos e impacta la capacidad instalada que decrece de 1.2 consultorios por 1000 derechohabientes en 1982 a 0.4 en 2006 y de 1.7 camas por 1000 derechohabientes en 1982 a 0.83 en 2006²³. Actualmente se tienen 0.45 médicos, 2.5 enfermeras en los tres niveles de atención y 0.71 camas censables por cada 1000 habitantes, mientras que los países de la OCDE, tienen un promedio de 0.8 médicos y 9.6 enfermeras por cada 1000 habitantes, lo que hace evidente que el SNS tiene un déficit de recursos humanos.²⁴

La crisis de las instituciones de salud se agrava en los niveles estatales y se expresa en las desigualdades regionales en indicadores de financiamiento, disponibilidad y calidad de los servicios. Por ejemplo: el gasto público *per cápita* en salud presenta diferencias importantes, mientras el Estado de México, Michoacán, Puebla y Chiapas gastan entre \$1,250 y \$1,500 pesos; en Campeche, Tabasco y Baja California Sur el gasto promedio es de \$ 3,500 y en el Distrito Federal asciende a \$6,000 pesos. El gasto en cuidados médicos de los hogares de menores ingresos prácticamente se duplica entre 2000 y 2005 al pasar de 8 a 14 por ciento, mientras que en hogares de mayores ingresos se mantiene en 4 por ciento.^{II,25}

Las desigualdades se observan también en la disponibilidad de recursos: en Chiapas, Oaxaca, Puebla, Michoacán, Guanajuato y Zacatecas hay 0.4-0.8 médicos por 1000 hab.; mientras en Colima, Aguascalientes, Baja California Sur y Distrito Federal son 1.6-2.7 médicos por 1000 hab.; las camas censables varían de 0.2-0.3 por 1000 hab., en Guerrero, Oaxaca, Chiapas y Estado de México a 1.2-1.8 por 1000 hab., en el Distrito Federal.²⁶ La proporción de partos atendidos por personal capacitado también presenta diferencias notables entre Estados: mientras Aguascalientes, Colima y Distrito Federal reportan 100 por ciento, en el Estado de México, Guerrero y Chiapas la proporción es alrededor de 50 por ciento.²⁷

Las tres décadas de travesía neoliberal, además de impactar negativamente sobre los determinantes sociales de la salud, generan una paradoja socio-sanitaria: los problemas de salud crecen y se complejizan, mientras la capacidad del Estado para resolverlos se reduce y las instituciones sociales construidas históricamente para contender con estos problemas son destruidas, por lo que el ejercicio del derecho a la protección de la salud continúa siendo un espejismo para una parte importante de la población del país.²⁸

Esta paradoja, producto de la reconfiguración de la política social y de la modernización neoliberal en salud, no sólo involucra el ámbito de los aspectos

^{II}Gasto corriente en cuidados médicos (trimestral), como proporción del gasto corriente total de los hogares clasificados por decil de ingreso.

materiales, tangibles y las formas de organización y gestión institucional, sino también los aspectos simbólicos sobre la salud, la enfermedad y la muerte. Se fortalece la visión de supuesta neutralidad del quehacer en salud, impulsa las “soluciones” tecnocráticas y magnifica los juicios adversos de los abordajes eficientistas para denostar los modelos de servicios universales de base pública.²⁹

Acceso a los servicios de salud

En la actualidad el SNS no proporciona cobertura universal, con beneficios y calidad homogénea y acceso efectivo en particular a los sectores rurales (30.9 por ciento de las localidades rurales entre 1 500 y 2 500 habitantes carecen de algún establecimiento médico en su comunidad³⁰) campesinos e indígenas; así como a los trabajadores informales.

En 2010, 33.8 por ciento de la población total del país presentaba carencia en el acceso a los servicios de salud, lo que equivale a casi 38 millones de personas. En 420 municipios (17.1 por ciento de los municipios de México) la carencia por acceso a los servicios de salud afecta a más del 50 por ciento de sus habitantes. Mientras solo en 32.1 por ciento de todos los municipios del país la carencia es inferior al 25 por ciento de la población.³¹

La estrategia más recientemente implementada para superar los rezagos y ampliar la cobertura de atención a la salud, fue la creación del Sistema de Protección Social en Salud y su forma operativa conocida como Seguro Popular de Salud (SPS), que inició su operación en 2004.

En mayo de 2003 se modificó la Ley General de Salud (LGS), adicionando el Título Tercero Bis, para crear el Sistema de Protección Social en Salud y otorgar servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, a la población sin seguridad social. Este sistema se articula sin contradicción con las directrices generales de las políticas macroeconómicas y lejos de enfrentar los graves problemas del sector, fortalece la concepción reduccionista de la garantía de derechos sociales y restringe el derecho constitucional a la protección de la salud³². En el

sexenio 2006-2012, se incrementa el paquete de intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y se instaura el Programa de Seguro Médico Siglo XXI que incorpora atenciones para menores de 5 años. A partir de la administración de Enrique Peña Nieto, se incorpora también el Componente de Salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (actualmente PROSPERA) que además de atención médica tiene elementos de promoción a la salud y provisión de suplementos alimenticios a niños de 6 a 59 meses de edad y a mujeres embarazadas y en lactancia.³³

En la actualidad el SPS considera 285 intervenciones que responden a 1,534 diagnósticos; así mismo, por medio del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) este programa aporta recursos económicos para la cobertura de 59 intervenciones de alta especialidad (tercer nivel de atención) agrupadas en 19 enfermedades y suma el denominado Programa de Seguro Médico Siglo XXI, que incorpora intervenciones médicas para menores de cinco años, no consideradas en el CAUSES ni en el FPCG.³⁴

A pesar de la ampliación del catálogo de intervenciones del SPS, éste mantiene la lógica mercantil que pretende dinamizar la oferta de atención médica privada y garantizar flujos estables de recursos públicos para el mercado de producción de servicios. Además, este programa mantiene un complejo y oneroso esquema administrativo y financiero que imprime la dinámica del aseguramiento privado a los servicios públicos.

A pesar del incremento de recursos destinados al SPS entre 2004 y 2011, el gasto de bolsillo de la población afiliada a este programa no se redujo sustancialmente, lo que demuestra que el objetivo de protección financiera no se logró, a pesar de que el SPS dispuso de mayores recursos financieros.³⁵

Además, al instituirse el SPS no aumenta suficientemente la infraestructura material y no mejoran las condiciones en que el personal opera el programa. A ello se suma el desmesurado crecimiento de la población producto de la informalidad laboral, que carece de seguridad

social y demanda atención a la salud a través del SPS. Así, la demanda aumenta y la calidad de los servicios de salud es afectada por la insuficiente disponibilidad de recursos y por las condiciones laborales crecientemente precarias en las que los trabajadores sanitarios se ven obligados a desempeñar su actividad.³⁶

Según el informe de resultados enero-junio 2013 el SPS registra una afiliación acumulada de 53.3 millones de personas. Sin embargo, esa afiliación no significa tener cobertura efectiva o acceso real, porque eso depende de diversas condiciones como la disponibilidad de los servicios, la accesibilidad física y la aceptabilidad cultural; la cobertura efectiva de los servicios de salud, significa que los servicios estén disponibles, sean accesibles y una vez garantizado el acceso, se reciba la atención requerida sin discriminación, con oportunidad, suficiencia, calidad técnica y trato digno.³⁷

Sobre el impacto del SPS en la mejora de la situación de salud de la población no hay datos, sin embargo, con la información de la Encuesta Nacional de Afiliados al Seguro Popular realizada por el CIDE³⁸, se puede afirmar que este programa no está incorporando a poblaciones históricamente excluidas de la atención médica.

En síntesis, la “universalidad de mercado” impulsada por el SPS y revitalizada recientemente por las propuestas oficiales para avanzar hacia un seguro universal de salud, es a todas luces insuficiente y profundiza la ruta de privatización y desmantelamiento de la seguridad social³⁹.

Actores y agendas en disputa

Los actores que han impulsado la agenda neoliberal en salud desde los 80 y que han tenido éxito en concretar sus propuestas de reconfiguración del sistema de salud y seguridad social, privatizando lo público rentable y avanzando hacia un seguro de atención médica garantizado con fondos públicos son diversos⁴⁰, pero comparten el interés en ampliar y participar en los mercados de la salud, fortalecer el mix público/privado, capturar fondos públicos y alentar la competencia por los “clientes”.

Entre ellos destacan las agencias financieras supranacionales como el Banco Mundial, el FMI y el BID, que han impulsado la agenda de mercantilización/privatización y neobeneficiencia en el país⁴¹, la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) que ha adoptado y adaptado esta agenda⁴², la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS)⁴³, el Consejo Coordinador Empresarial⁴⁴, el Instituto Carlos Slim de la Salud⁴⁵ y el grupo aglutinado en torno a Santiago Levy⁴⁶. Estas corporaciones han tenido la capacidad de constituirse en una coalición hegemónica en la conducción del sistema de salud, instrumentando propuestas en torno al seguro “universal” de salud.

En contraste, los grupos opositores⁴⁷ a la reforma neoliberal en salud y seguridad social son múltiples e incluye grupos académicos, asociaciones civiles, secciones sindicales democráticas, trabajadores de la salud y grupos de usuarios aunque sus acciones están atomizadas y han carecido de fuerza suficiente para modificar el curso de la reforma. Estos grupos defienden desde la especificidad de sus espacios, el derecho a la salud, los sistemas universales de base pública, modelos de atención primaria y servicios integrales; atención segura y de calidad, sin discriminación y con perspectiva de género, participación e inclusión social y la actuación intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud.

Hacia un Sistema Único de Salud

Para garantizar el derecho a la salud, establecido en los tratados e instrumentos internacionales firmados por México, se requiere -además de reformar el sistema sanitario- impulsar políticas intersectoriales que incidan sobre los determinantes sociales de la salud.

El derecho a la salud es por naturaleza un derecho inclusivo que incorpora dos dimensiones: los determinantes de la salud y los sistemas institucionalizados para la protección de la salud y la atención de la enfermedad. En la primera dimensión es necesario considerar aspectos estructurales, como la garantía de otros derechos

(económicos, sociales, culturales y ambientales) y colocar la salud en el centro de todas las políticas⁴⁸.⁴⁹. También la seguridad social como derecho humano⁵⁰ para toda la población, ya que en el imaginario neoliberal se argumenta contra ella y se presenta como un privilegio para quienes trabajan en el sector formal o tienen mayores recursos económicos.

La segunda dimensión hace referencia al sistema de salud y a las políticas del sector, donde el Estado es el sujeto obligado para proteger, promover y satisfacer este derecho, dotándolo de contenido político, jurídico, normativo y programático a través de las diversas instancias de la administración pública.

Frente al problema de la fragmentación, un primer momento de la construcción de un Sistema Único de Salud (SUS) debe ser la armonización normativa y programática y la homologación en la provisión de servicios entre los subsistemas públicos de seguridad social y de atención a población abierta, con el referente de los servicios ofrecidos por el IMSS, entidad que debería ser la plataforma para su construcción en tanto es la institución pública con mayor capacidad resolutoria, de producción de servicios y cobertura efectiva⁵¹. Cuenta con infraestructura en todo el territorio nacional y con capacidad de articular los servicios y recursos públicos de otras instituciones de seguridad social. Además, su legislación le permite la incorporación de personas fuera del ámbito directo del trabajo, posibilitando un sistema integral de provisión de servicios, acorde al artículo 4º Constitucional⁵² y a los tratados y pactos internacionales suscritos por México en materia de salud.

El SUS es la base para disponer de servicios de atención médica para toda la población, a partir de considerar a la salud como un derecho social y no sólo como una garantía individual. Ese derecho fundamenta el acceso para todas las personas con independencia del régimen de aseguramiento y de su residencia o movilidad en el territorio nacional; debe ser irrestricto y contar con las condiciones legales, organizativas y administrativas de las instituciones para garantizar la atención médica sin ninguna limitación, con excepción de las exclusiones expresamente señaladas en la ley.

Para avanzar en un Sistema Único de Salud es necesario resolver varios de los problemas señalados anteriormente, entre los que destacan: la fragmentación del sistema (institucional y programática); las duplicidades en el financiamiento de los servicios de salud; las cotizaciones múltiples y los traslapes de la demanda, la crisis financiera de las instituciones de seguridad social; la inequidad y las diferencias en la oferta de intervenciones y la heterogeneidad en la calidad de la atención médica.

La unificación programática se debe dar como parte del desarrollo de un modelo de atención a la salud que -en el marco de los determinantes sociales de la salud y de políticas intersectoriales para su modificación- asuma la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS) y pugne por redes de servicios integrales, regionalizados, con intervenciones de promoción de la salud, prevención y atención a la enfermedad, dirigidas a las personas y a las comunidades y articulados por niveles de complejidad.

Este modelo requiere de una política de recursos humanos que responda a las necesidades de atención derivadas de la complejidad epidemiológica, otorgue soporte al modelo basado en la renovación de la APS y contribuya a orientar la formación y distribución de los profesionales de la salud.

La Secretaría de Salud será el organismo rector del SNS, y para su funcionamiento organizará el SUS de base pública para otorgar servicios médicos de acuerdo con las necesidades de las personas, grupos sociales, grupos etarios; individual y colectivamente, con acciones médicas y sanitarias de atención personal o de salud pública establecidas en las políticas y estrategias definidas por la propia Secretaría de Salud, como máxima autoridad sanitaria del país. Para la atención médica individual, se tomarán como referencia todos los diagnósticos establecidos en la CIE IX y X publicada por la Organización Mundial de la Salud, sin mayor limitación que las explícitamente excluidas en la ley (por ejemplo cirugía estética).

Los Servicios Integrales de Atención Médica (SIAM) deberán prestarse en forma homogénea en todas las unidades de atención médica del Sistema

Único de Salud, con cambios de sus estructuras organizacionales para garantizar el acceso, sin ningún tipo de discriminación por situación laboral, género, grupo étnico, capacidad económica, posición política, orientación sexual o cualquiera otro atributo individual.

La organización general del SUS se basará en unidades de atención médica públicas por niveles de complejidad de la atención, con base poblacional, regionalizadas y con escalamiento de los servicios para garantizar el acceso a todo ciudadano, así como el tránsito entre niveles de atención sin mayor limitación que la complejidad diagnóstica, terapéutica, o de rehabilitación que requiera la atención establecida por los profesionales de la salud. Todas las unidades de atención públicas existentes indistintamente de su pertenencia institucional, serán gestionadas como instituciones públicas y estarán sujetas a la normatividad establecida.

Los niveles de prestación de servicios del SUS se basarán en la estrategia renovada de APS, como base del modelo de atención. Las unidades del primer nivel serán la vía inicial para la atención ambulatoria y, en su caso, referencia a niveles de mayor complejidad. El SUS se integrará por centros de salud, unidades de medicina familiar, clínicas familiares y equipos de salud y especialistas en medicina familiar con prestación de servicios en sus propios consultorios. El segundo nivel de atención estará conformado por las unidades de atención médica para contender con problemas de salud que requieran la intervención de especialistas para la atención médica o quirúrgica de complejidad intermedia o baja hospitalización, así como la disponibilidad de recursos tecnológicos para el diagnóstico o tratamiento de uso amplio y generalizado. Lo integrarán unidades de servicios ambulatorios, consulta de especialidad, intervenciones quirúrgicas ambulatorias, atención de urgencias y seguimiento y vigilancia terapéutica. En el tercer nivel de atención se incluirán las unidades médicas y quirúrgicas especializadas, unidades hospitalarias de alcance nacional o regional de mediana y alta complejidad diagnóstica y terapéutica, con recursos tecnológicos de gran complejidad y uso particularizado; con intervenciones profesionales, técnicas y tecnológicas subespecializadas, con

periodos de hospitalización prolongados y donde se requiere la intervención simultánea de distintos especialistas.

En una primera etapa, los profesionales de atención a la salud, el personal de apoyo y el personal administrativo, mantendrán su adscripción institucional, para progresivamente transitar a una pertenencia directa al SUS, bajo régimen laboral público o con contratación por servicios, eventos o capitación, según se acuerde contractualmente.

Para efectos de la prestación de servicios médicos, será condición suficiente la identificación con documento legal y con ello se generará el Registro Único de Atención Médica (RUAM), con efectos de validez de acceso y generación del expediente clínico personal, el cual se regirá bajo el esquema de confidencialidad que determine el Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI).

Los servicios de atención médica otorgados serán irrestrictos y considerarán las guías de atención médica y las cédulas médico-económicas que se generen para determinar los recursos diagnósticos, intervenciones profesionales, insumos, tratamientos y demás acciones que garanticen la atención médica y/o quirúrgica completa y de calidad; su aplicación será en cualquier unidad de atención médica según su nivel de complejidad.

Para establecer los costos de atención entre unidades de atención médica e instituciones se establecerá un sistema de costeo por diagnóstico y tipo de atención: ambulatoria o de hospitalización, médica y/o quirúrgica, desde la primera consulta hasta el egreso del paciente del SUS. Ésta será la base de transferencias financieras entre instituciones y, en casos excepcionales, en servicios privados, por paciente atendido y diagnóstico de egreso.

El financiamiento será integrado a un fondo común para atención a la salud, a partir del cual se distribuirá a las instituciones de salud y seguridad social la parte correspondiente con base en el volumen de atenciones por paciente, diagnóstico de egreso y resultados en la solución de los problemas de salud a partir de indicadores como: mortalidad y morbilidad por causas de la población

atendida, letalidad hospitalaria, uso intensivo de insumos diagnósticos y terapéuticos y otros que determine un comité *ad hoc*.

El presupuesto global y la asignación institucional serán establecidos sobre la base de una capitación única por habitante resultado de los censos y proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), con valores incrementados a precios constantes, estos valores en la asignación presupuestal se ajustarán de acuerdo al volumen de pacientes atendidos según el diagnóstico de egreso ambulatorio u hospitalario. La fuente de financiamiento por capitación será pública a partir de las contribuciones fiscales y con las cuotas obrero patronales de los sistemas de seguridad social, con punto de partida un valor inicial a pesos del año 2015 de \$ 5,762.00 por persona (335 dólares de EUA).^{III}

Para la instrumentación de esta propuesta será necesario modificar y armonizar:

1. Artículo 4o. Constitucional para señalar el acceso al SUS de todas las personas y la prestación de servicios de atención sin restricciones (con excepción de atenciones cosméticas e innecesarias para la recuperación de la salud). Así mismo deberán adecuarse las Leyes del IMSS, ISSSTE, la Ley General de Salud, la Ley de Coordinación Fiscal, la Ley Federal de Presupuesto y la Ley de Responsabilidad Hacendaria; donde deberá homologarse los aspectos reglamentarios necesarios para que se cumpla con:

^{III} 1 dólar de EUA igual a \$17.20 pesos mexicanos al 30 de diciembre de 2015 (estimación Banxico disponible en:

http://www.sat.gob.mx/informacion_fiscal/tablas_indicadores/Paginas/tipo_cambio.aspx). El valor en pesos se estima a partir del presupuesto de todas las instituciones destinado a servicios de atención médica, con todos sus componentes de atención (gastos fijos y variables: por ejemplo instalaciones, consumos tecnológicos, costo de personal, medicamentos). Escalado para el total de la población, permite estimar el valor necesario para garantizar la atención médica a toda la población y sin restricciones en la prestación de servicios, con independencia de la institución pública donde se atiende y de los arreglos futuros necesarios para optimizar el gasto.

- a) Acceso irrestricto a los servicios de salud, otorgamiento de atenciones médicas y quirúrgicas
- b) Requisitos institucionales para la prestación de servicios, requisitos personales de identificación y generación del RUAM, requisitos de pago y transferencias financieras entre instituciones por los servicios brindados; de pago a proveedores considerando capitación y pago por servicios, o pago por evento a prestadores
- c) Organización del SUS, regionalización, gobierno de las instituciones, administración de personal profesional, administrativo, y de apoyo; compras consolidadas de: fármacos, equipo, insumos
- d) Funcionamiento del SUS y de las instituciones para la prestación de servicios
- e) Participación: Federal, Estatal, del sector privado y del sector social
- f) Fiscalización financiera, administrativa y de calidad de la atención
- g) Exclusión de servicios previstos en la ley.

2. Acuerdos entre las instituciones del SNS para establecer:

- a) Protocolos de actuación, mecanismos de transferencias financieras, resolución de controversias y conflictos
- b) Plazos máximos para la atención médica de las personas según complejidad y gravedad del diagnóstico
- c) Criterios de seguimiento del proceso terapéutico entre niveles de atención y entre instituciones
- d) Circulación de profesionales entre instituciones
- e) Normas y Criterios de calidad de la atención a partir del Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD).

3. Para el financiamiento del SNS y del SUS los fondos se obtendrán de recursos fiscales y cuotas obrero patronales, sobre una capitación general para todos los habitantes.

Esta propuesta de Sistema Único de Salud reconoce la urgencia de avanzar hacia la protección a la salud plena para toda la población del país y se inscribe en una reforma en salud y seguridad social con perspectiva de derechos. El modelo de sistema de salud de base pública, se ha

mostrado a nivel mundial como la forma más eficiente de lograr la cobertura universal de la atención a la salud con calidad, integralidad y equidad.

La experiencia latinoamericana^{53,54,55,56} y en la Ciudad de México^{57,58} para transformar los sistemas de salud, recuperar su base pública y construir sistemas incluyentes puede ser retomada en el país, para modificar el actual sistema de salud fragmentado y configurar un Sistema Único de Salud público, integral, solidario y equitativo, que desde nuestra perspectiva se considera la mejor opción para hacer realidad el derecho a la protección de la salud en México.

Avanzar en este sentido supone afrontar retos políticos y burocráticos, movilizar y articular actores diversos en un frente común, con una agenda compartida por la salud y la vida digna.

Referencias

1. Lozano R, Gómez-Dantés H, Pelcastre B, Ruelas MG, Montañez JC, Campuzano JC, Franco F, González JJ. Carga de la enfermedad en México, 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud, México; 2014.
2. CONEVAL. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010 y 2012. CONEVAL, México. En: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Comunicado de prensa No. 003. CONEVAL informa los resultados de la medición de pobreza 2012, México; 2013.
3. CONEVAL. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010 y 2012. CONEVAL, México. En: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Comunicado de prensa No. 003. CONEVAL informa los resultados de la medición de pobreza 2012, México; 2013.
4. OPS. Organización Panamericana de la Salud, Publicación científica y técnica No. 636, Washington, DC; 2012.
5. SS. Secretaría de Salud. Rendición de Cuentas en Salud. México; 2011.
6. ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Primera edición. Instituto Nacional de Salud Pública, México; 2012.
7. SS. Secretaría de Salud. Rendición de Cuentas en Salud. México, 2011.
8. SS. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano. Construyendo alianzas para una mejor salud, Secretaría de Salud, México; 2007, pp. 27.
9. SS. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano. Construyendo alianzas para una mejor salud, Secretaría de Salud, México; 2007, pp. 37.
10. SS. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano. Construyendo alianzas para una mejor salud, Secretaría de Salud, México; 2007, pp. 38.
11. Freyermuth, G.; Luna. M. y Ochoa, P. (2011) Mortalidad Materna en México. Numeralia 2010, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Observatorio de Mortalidad Materna (OMM). Disponible en: www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Numeralia%202010%20nueva.pdf
12. Medina-Mora E, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*; 2003; 26(4): 1-16.
13. SS. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano. Construyendo alianzas para una mejor salud, Secretaría de Salud, México; 2007, pp. 32.
14. SS. Encuesta Nacional de Adicciones, Secretaría de Salud, México; 2008.
15. Lozano R, Gómez-Dantés H, Pelcastre B, Ruelas MG, Montañez JC, Campuzano JC, Franco F, González JJ. Carga de la enfermedad en México, 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud, México; 2014.
16. Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-Latorre F, Jiménez-Corona A, Campuzano-Rincón JC, Franco-Marina F, Medina-Mora M, Borges G, Naghavi M, Wang H, Vos T, López A, Murray Ch. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública Méx* 2013; 55(6):580-594.
17. Cárdenas R. IV. Desigualdad en la salud, escenarios y acciones. En: *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico*. México, Fondo de Cultura Económica, 2014, pp. 134-183.
18. OPS. Organización Panamericana de la Salud, Publicación científica y técnica No. 636, Washington, DC; 2012.
19. OPS. Organización Panamericana de la Salud, Publicación científica y técnica No. 636, Washington, DC; 2012.
20. López O. y Blanco J. La polarización de la política de salud en México, *Cadernos de Saúde Pública*; 2001;17(1):43-54.
21. López O. y Blanco J. Políticas de salud en México: Más policía médica y menos salud colectiva. En:

- Peña F. y León B. (Coords.) La medicina social en México II. Globalización neoliberal. México: Ed. Eón, 2010;55-72.
22. López O. y Blanco J. Salud y “nuevas” políticas sociales en México, En: Peña, F. y Alonzo, A.L. (Coords.), Cambio social, Antropología y Salud, CONACULTA/INAH, México, 2006;15-26.
 23. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Informe sobre la situación financiera 2006-2007, IMSS, México; 2007.
 24. Muñoz O. Propuesta del grupo del Hospital Infantil Federico Gómez en: Cobertura universal en salud: Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México, OMS/OPS, México; 2013, pp. 224-228.
 25. OPSDH. Observatorio de política social y derechos humanos. Indicadores de salud. México, Incide Social; 2009. Disponible en: <http://incidesocial/observatorio/>
 26. OPSDH. Observatorio de política social y derechos humanos. Indicadores de salud. México, Incide Social; 2012. Disponible en: <http://incidesocial/observatorio/>
 27. OPSDH. Observatorio de política social y derechos humanos. Indicadores de salud. México, Incide Social; 2012. Disponible en: <http://incidesocial/observatorio/>
 28. López, O. y López, S. Derecho a la salud en México. México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 2015.
 29. López O. y Blanco J. Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal, en: Jarillo, E. y Ginsberg, E. (coords.), Temas y desafíos en salud colectiva, Lugar Editorial, Buenos Aires: 2007; 21-48.
 30. CONEVAL. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010 y 2012. CONEVAL, México. En: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Comunicado de prensa No. 003. CONEVAL informa los resultados de la medición de pobreza 2012, México; 2013.
 31. CONEVAL. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010 y 2012. CONEVAL, México. En: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Comunicado de prensa No. 003. CONEVAL informa los resultados de la medición de pobreza 2012, México; 2013.
 32. Laurell C. Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano. CLACSO, Buenos Aires; 2013.
 33. DOF. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2016, DOF, 30-12-2015. Disponible:https://www.prospera.gob.mx/swb/work/Web2015/documentos/Rop_para_ejercicio_fiscal%202016.pdf
 34. Gómez O. El legado y qué sigue, en: OPS/OMS, Cobertura universal en salud: Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México, OMS/OPS, México, 2013, pp. 229-231.
 35. Aguilera N. Gasto en Salud en México: En el marco de la Cobertura Universal, México Evalúa, 2010.
 36. CONEVAL. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular, 2015. Disponible en: <http://observatoripoliticassocial.org/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Acceso-y-Uso-Efectivo.pdf>
 37. López, S.; Ortega S. R., Álvarez, J. A. y Montealegre S. M. (2014). El sistema Integral de Calidad y el derecho a la salud en México. En: López, S.; Jarillo, E.; Garrido, F. y Villa, B. (Coord.) El Sistema Integral de Calidad en Salud. Una mirada crítica. Universidad Autónoma Metropolitana, Academia Nacional de Medicina, INSP. México
 38. CIDE. Centro de Investigación y Docencia Económica. Encuesta Nacional de Afiliados al Seguro Popular, México.
 39. López O. y Rivera JA. Sistema Nacional de Salud Universal: universalidad de mercado y restricción de derechos. Ponencia presentada en el XIV Seminario Nacional de Política Social. Red Mexicana de Investigación en Política Social, Universidad de Guadalajara, 26 y 27 de noviembre, Guadalajara, Jalisco, México; 2013.
 40. Abrantes R. Salubristas y neosalubristas en la reforma del Estado. Grupos de interés en México e instituciones públicas de salud, 1982-2000. México, 2010.
 41. Laurell C. y López O. Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposal for Health, International Journal of Health Services 26(1):1-18, 1996. Juan M., Moguel A., Valdés C., González E., Martínez G., Barraza M. et al. Universalidad de los servicios de salud en México. Salud Pública Méx. 2013; 55 (spe): 1-64. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000600001&lng=es.43.
 43. AMIS. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. Cobertura universal en salud, efectiva, equitativa y solidaria. Propuesta del sector asegurador privado, en: OPS/OMS, Cobertura universal en salud: Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México, OMS/OPS, México, 2013, pp. 296-305

44. Consejo Coordinador Empresarial (CEE) 2012. Acuerdos suscritos en la Agenda por México por el grupo de Trabajo 5.1: Sistema Único de Salud, 26 de septiembre de 2012.
45. Instituto Carlos Slim de la Salud. <http://www.salud.carlosslim.org/instituto-carlos-slim-de-la-salud/>, México, 2015.
46. Levy S. Seguridad social universal. Un camino para México, Nexos, noviembre de 2012, Disponible en: <http://www.nexos.com.mx/?p=15047>
47. Ver por ejemplo los posicionamientos del grupo que suscribió el documento *La seguridad social universal que queremos, Una propuesta desde la mirada de las y los trabajadores* y de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social-México: <http://www.alames.org/index.php/paises/mexico;> Foro Salud México: [https://www.facebook.com/ForoSaludMX/?fref=ts;](https://www.facebook.com/ForoSaludMX/?fref=ts) FUNDAR: [http://fundar.org.mx/;](http://fundar.org.mx/) y CEREAL: <http://www.fomento.org.mx/proyectos/cerealDF.php>
48. ONU. Organización de Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. A/RES/2200 A (XXI), del 16 de diciembre; 1966.
49. OEA. Organización de Estados Americanos, Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador, 17 de noviembre; 1988.
50. ONU. Organización de Naciones Unidas Declaración Universal de Derechos Humanos. Resolución de la Asamblea General 217 A (iii), del 10 de diciembre; 1948.
51. López O, Tetelboin C, Jarillo E, Garduño MA, Granados JA, López S, Rivera JA. La universalización del acceso a la atención médica y a la salud desde la salud colectiva y los derechos, en: OPS/OMS. Cobertura universal en salud: Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México, OMS/OPS, México, 2013; pp. 265-275.
52. DOF. Diario Oficial de la Federación. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última Reforma, DOF 27-09-2007; 2007.
53. Muntaner C. y col. “Barrio Adentro” en Venezuela. Democracia participativa, cooperación sur-sur y salud para todos. *Medicina Social*, 3(4):306-322, 2008. 53.
54. Vega R. y col. La política de salud en Bogotá 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. *Medicina Social*, 3(2):148-169
55. Cohn, A. La reforma sanitaria brasileña: la victoria sobre el modelo liberal. *Medicina Social*, 3(2):87-99.
56. Borgia, F. La salud en Uruguay: avances y desafíos por el derecho a la salud a tres años del primer gobierno progresista. *Medicina Social*, 3(2): 130-147.
57. Laurell, C. La política de salud del Gobierno de la Ciudad de México: por los derechos sociales y la satisfacción de necesidades humanas, en: Informe Alternativo sobre la Salud en América Latina, Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Quito, 2005, pp. 200-205.
58. Laurell, C. La reforma de salud en la Ciudad de México 2000-2006. *Medicina Social*, 3(2): 170-183.

Recibido: 6 de enero de 2015.

Aprobado: 28 de enero de 2015.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos